

ANTÓNIO JOSÉ REIS DO ARCO

**UM ENLACE ESTRATÉGICO
NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:
TECNOLOGIA EDUCATIVA E SAÚDE ESCOLAR**

Orientador: Manuel José Carvalho de Almeida Damásio

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação**

**Lisboa
2013**

ANTÓNIO JOSÉ REIS DO ARCO

**UM ENLACE ESTRATÉGICO
NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:
TECNOLOGIA EDUCATIVA E SAÚDE ESCOLAR**

**Tese apresentada para a obtenção do Grau de
Doutor em Educação no Curso de Doutoramento
em Educação, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.**

**Orientador: Prof. Doutor Manuel José Carvalho
de Almeida Damásio**

**Coorientador: Prof.^a Doutora Maria Filomena
Carrajola Marques de Oliveira Martins**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação**

**Lisboa
2013**

“Concede-me a força, o tempo e a ocasião de corrigir sem cessar o que adquiri e de alargar o seu domínio, pois o campo do conhecimento é imenso e o espírito do Homem pode alargar-se indefinidamente para enriquecer-se todos os dias segundo novas exigências: pode, hoje, descobrir os seus erros de ontem e, amanhã, obter novas luzes sobre aquilo de que hoje se julga firmemente seguro.”

(Excerto do Juramento e Oração
de Maiomonides, Séc. XII)

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Prof. Doutor Manuel José Damásio e Prof.^a Doutora Maria Filomena Martins, pelo apoio facultado e pelo desenvolvimento que me proporcionaram.

Aos membros das equipas de saúde escolar, docentes coordenadores da educação para a saúde e alunos participantes neste estudo, pela inestimável colaboração facultada, indispensável para a concretização deste trabalho.

A todos os colegas que, com a sua disponibilidade para trocar impressões e partilhar experiências, tornaram este percurso solitário numa caminhada solidária.

Aos que, estando ou não já entre nós, sempre me acompanharam, contribuindo para que continuamente crescesse a nível pessoal, profissional e social.

À minha família, pelo apoio e estímulo.

À Helena, esposa, companheira, confidente e colega, pelo múltiplo e contínuo suporte que facultou, indispensável a este percurso.

Aos meus filhos, António Augusto e José Francisco, pelo conforto da sua presença encorajadora e, principalmente, pela inocente mas firmemente inabalável capacidade de confiarem cegamente na capacidade de trabalho dos pais.

E porque por vezes também ajuda contemplar a vida em preto e branco...

A todos o meu agradecimento.

Resumo

A saúde dos indivíduos está relacionada com o acesso à formação e a sua capacidade de aprender e aplicar os conhecimentos adquiridos, sendo frequente associar atualmente comportamentos saudáveis aos resultados educativos, significando esta conexão que a melhoria na eficiência de um destes campos pode beneficiar o outro. A reflexão subjacente a estas conceções permite perspetivar uma relação profícua entre a tecnologia educativa e a saúde escolar, estabelecendo uma conjugação das potencialidades inerentes às áreas da educação e da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, a responsabilização e a participação dinâmica dos indivíduos, famílias, grupos, instituições e comunidades nos processos relativos à saúde, com base no fomento de estilos de vida saudáveis e da redução dos comportamentos de risco. Fazendo uso dos dados obtidos através de entrevistas efetuadas às equipas de saúde escolar e aos docentes coordenadores da educação para a saúde, bem como dos questionários aplicados a alunos do 9.º ano de escolaridade, procedeu-se à identificação das conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde, à caracterização da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar e à descrição dos resultados da aplicação da tecnologia educativa neste âmbito de intervenção.

Palavras-chave: Educação para a saúde; Tecnologia educativa; Saúde escolar; Promoção da saúde.

Abstract

Individuals health is related with their access to education and to their ability to learn and apply the acquired knowledge, in this line, currently, healthy behaviours are often associated with educational outcomes, which means that improving the efficiency of one of these areas may benefit the other. The thinking behind such conceptions allows for envisaging a fruitful relationship between educational technology and school health, establishing a conjugation of the inherent potential of the areas of education and health, with the objective of improving quality of life, accountability and dynamic participation of individuals, families, groups, institutions and communities in health related processes, based on promoting healthy lifestyles and reducing risk behaviours. Making use of data obtained from interviews carried out to school health teams and teachers coordinating education for health, as well as from questionnaires applied to 9.th grade students, we proceeded to the identification of conceptions about educational technology and its applicability on education for health, the characterization of the use of educational technology in school health and the description of the results of applying educational technology in this area of intervention.

Keywords: *Education for health; Educational technology; School health; Health promotion.*

Abreviaturas e siglas

ACES – Agrupamento(s) de centros de saúde

AR – Assembleia da República

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CD – *Compact Disc*¹

CD-ROM – *Compact Disc - Read Only Memory*²

CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

CISCSP – Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários

CISNS – *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*³

CISPS – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

coord. – coordenador

coords. – coordenadores

CRAES – *Comité Régional Aquitain d'Éducation pour la Santé*⁴

CREEPS – Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

CRIPS – *Centre d'Information et Prévention du SIDA*⁵

D. – Dom

DCEpS – Docente(s) coordenador(es) da educação para a saúde

dir. – direção

DVD – *Digital Versatile Disc*⁶

ed. – editor

eds. – editores

ESE – Equipa(s) de saúde escolar

¹ Disco Compacto (tradução do autor).

² Disco Compacto - Memória Somente de Leitura (tradução do autor).

³ Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (tradução do autor).

⁴ Comité Regional da Aquitânia de Educação para a Saúde (tradução do autor).

⁵ Centro de Informação e Prevenção da SIDA (tradução do autor).

⁶ Disco Digital Versátil (tradução do autor).

HEN – *Health Evidence Network*⁷

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPJ – Instituto Português da Juventude

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

Jr. – Júnior

MDPH – *Massachusetts Department of Public Health*⁸

ME – Ministério da Educação

MEC – Ministério da Educação e Ciência

MOSA – *Medical Officers of Schools Association*⁹

MS – Ministério da Saúde

MS-DGS – Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde

MSE – Ministérios da Saúde e da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

org. – organizador

orgs. – organizadores

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

pp. – páginas

Séc. – Século

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*¹⁰

TIC – Tecnologias da informação e da comunicação

trad. – tradutor

trads. – tradutores

UAG – Unidade de apoio à gestão

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados

ULS – Unidade local de saúde

⁷ Rede de Dados de Saúde (tradução do autor).

⁸ Departamento de Saúde Pública do Massachusetts (tradução do autor).

⁹ Associação Oficial de Médicos Escolares (tradução do autor).

¹⁰ Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (tradução do autor).

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*¹¹

USF – Unidade de saúde familiar

USP – Unidade de saúde pública

URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

WHO – *World Health Organization*¹²

¹¹ Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (tradução do autor).

¹² Organização Mundial de Saúde (tradução do autor).

Índice

	f
Introdução	18
1 – Interligando educação, tecnologia e saúde	19
2 – Definição da problemática	24
2.1 – Problema de investigação	25
2.2 – Pertinência do estudo	27
2.3 – Objetivos de investigação	35
2.4 – Questões de investigação	36
2.5 – Hipótese	37
3 – Desenho metodológico	40
3.1 – Procedimentos gerais	41
3.1.1 – Terreno de pesquisa	42
3.2 – Procedimentos de recolha	46
3.3 – Procedimentos de análise	52
3.4 – Procedimentos de verificação	54
Capítulo 1 – Tecnologia educativa: Explorando novos espaços na educação	57
1 – Tecnologia educativa: Transpondo as TIC para a educação	58
1.1 – Conceptualização das TIC e da tecnologia educativa	59
1.2 – Desafios e tendências no quotidiano: Potencialidades e limitações da tecnologia educativa	64

	f
1.3 – Refletindo a dimensão educativa da tecnologia	70
2 – Efeito catalisador da tecnologia educativa: Modificações socioeducativas	72
2.1 – Aglutinadores dos contextos formativos: Educação, didática e tecnologia	73
2.2 – Literacia digital: Um imperativo social e educacional	81
2.3 – Contemplando a influência da tecnologia no campo socioeducativo	88
3 – (Re)Criando cenários educativos: As TIC como instrumento de ensino	91
3.1 – Demandando espaços de intervenção: Ampliando a influência da tecnologia educativa	92
3.2 – Contributos para a qualidade das intervenções educativas ..	98
3.3 – Consolidando o futuro hoje: Tecnologia educativa na saúde .	104
3.4 – Superando as limitações: Otimização das oportunidades	112
Capítulo 2 – Saúde escolar: Elemento basilar da promoção e educação para a saúde	116
1 – Entre o desenvolvimento sustentável e a participação ativa: Educação para a saúde	117
1.1 – Educação para a saúde: Elemento basilar da promoção da saúde	118
1.2 – Participação responsável na educação para a saúde: Promovendo estratégias de desenvolvimento	120
1.3 – Mediador de escolhas: Perfil do educador para a saúde	124
1.4 – Responsabilizando a tomada de opções em saúde	127
2 – Enraizando estilos de vida saudáveis: Saúde escolar	130

2.1 – Educação e saúde em parceria: Metas da saúde escolar	131
2.2 – Equipas de saúde escolar: Agentes de desenvolvimento	134
2.3 – Redes de empoderamento: Escolas promotoras da saúde	137
2.4 – Reforçando os elos de ligação escola-comunidade	143
3 – Entre Alma-Ata e Nairobi: Impactos na saúde escolar	146
3.1 – De Alma-Ata a Bangucoque: Três décadas de conferências internacionais	147
3.2 – No enalço da saúde para todos: Primados no programa nacional de saúde escolar	156
3.3 – Rumando ao futuro: As orientações de Nairobi	162
3.4 – Das intenções aos atos... ..	167
Capítulo 3 – O enlace estratégico: Congregando tecnologia educativa e saúde escolar	169
1 – Fortalecendo os laços da união: Panorama atual de uma inter-relação profícua	170
2 – “E nós por cá...”: Edificação gradual de cenários de intervenção	179
3 – Abrindo espaço às interações estruturais: Capital social e saúde	183
Capítulo 4 – Descobrindo a realidade e o contexto: Apresentação e interpretação dos resultados	189
1 – Dos agentes à população-alvo da saúde escolar: Caracterização dos atores em estudo	190
1.1 – Agentes da área da saúde: Equipas de saúde escolar	191
1.2 – Agentes da área educativa: Docentes coordenadores da	

educação para a saúde	194
1.3 – População-alvo das ações: Alunos do 9.º ano de escolaridade	195
1.4 – Reunião dos atores face ao objeto de estudo: Um rumo comum	197
2 – Representações concetuais e perspetivas de aplicabilidade: Cruzando tecnologia, educação e saúde	200
2.1 – Valoração atribuída à tecnologia educativa	201
2.2 – A tecnologia educativa como recurso de educação para a saúde	209
2.3 – Pertinência do uso tecnologia educativa na saúde escolar	215
2.4 – Integração da tecnologia educativa na promoção da saúde ..	224
3 – (Re)Configurando as intervenções de educação para a saúde: Influência da tecnologia educativa	231
3.1 – Aplicação da tecnologia educativa nas áreas de ação da saúde escolar	232
3.2 – Utilização da tecnologia educativa na saúde escolar	243
3.2.1 – Processos aplicados na utilização	244
3.2.2 – Competências mobilizadas na utilização	253
3.3 – Alterações resultantes da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde	262
3.4 . – A dimensão oculta: Agentes de saúde escolar face aos processos e políticas institucionais	269
4 – Contemplando as virtudes emergentes e os defeitos latentes: Efeitos das dinâmicas instituídas	294
4.1 – Impacto da tecnologia educativa na educação para a saúde .	295
4.1.1 – Contributo no âmbito da capacitação em saúde	297
4.1.2 – Apreciação dos resultados das atividades desenvolvidas	303

4.2 – Influência da tecnologia educativa no papel das equipas de saúde escolar	318
4.3 – Vantagens e desvantagens da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde	326
4.3.1 – Potencialidades na utilização	327
4.3.2 – Constrangimentos na utilização	338
4.4 – Medidas de consolidação e expansão do uso da tecnologia educativa na saúde escolar	349
Conclusão	367
Bibliografia	385
Bibliografia citada	386
Bibliografia de referência das diferentes áreas abordadas	415
Índice remissivo	423
Apêndices	I
Apêndice I – Autorização para trabalho de campo: Unidade Local de Saúde	II
Apêndice II – Autorização para trabalho de campo: Conselho Executivo dos agrupamentos / escolas	IV
Apêndice III – Definição da amostra: Equipas de saúde escolar	VI
Apêndice IV – Guião da entrevista: Equipas de saúde escolar	X
Apêndice V – Guião da entrevista: Docentes coordenadores da educação para a saúde dos agrupamentos / escolas	XV
Apêndice VI – Questionário: Alunos do 9.º ano de escolaridade	XX
Apêndice VII – Matriz de Codificação Global das Entrevistas	XXVI
Apêndice VIII – Dados: NVivo / SPSS (CD-ROM)	XXVIII

Índice de figuras

	f
Figura n.º 1 – Atributos da sociedade da informação e do conhecimento	28
Figura n.º 2 – Objeto de estudo: Da problemática à hipótese nuclear	39
Figura n.º 3 – (Re)Estrutura dos cuidados de saúde primários da ULS	45
Figura n.º 4 – Organização do procedimento de recolha de dados	48
Figura n.º 5 – Características distintivas das TIC	60
Figura n.º 6 – Propriedades das TIC como instrumento	61
Figura n.º 7 – Principais vertentes da educação	76
Figura n.º 8 – Contextualização esquemática do acto didático	79
Figura n.º 9 – Dificuldades educativas relativamente às TIC	94
Figura n.º 10 – Bases da integração da tecnologia educativa	102
Figura n.º 11 – Modelo mediático de comunicação em saúde	110
Figura n.º 12 – Elementos essenciais à saúde	118
Figura n.º 13 – Áreas de intervenção das equipas de saúde escolar	137
Figura n.º 14 – Principais elementos da Escola Promotora da Saúde	142
Figura n.º 15 – Objetivo das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde	147
Figura n.º 16 – Fomento da implementação da promoção da saúde	167
Figura n.º 17 – Áreas de aplicação das TIC na saúde	176
Figura n.º 18 – Teoria da rede de capital social	185
Figura n.º 19 – Capital social e promoção da saúde	187
Figura n.º 20 – Modelo global de análise das entrevistas – <i>Tree Nodes</i>	199
Figura n.º 21 – Modelo de análise do 1.º Tema das entrevistas	201
Figura n.º 22 – Modelo de análise do 2.º Tema das entrevistas	232
Figura n.º 23 – Quadro concetual da literacia digital	261
Figura n.º 24 – Modelo de análise do 3.º Tema das entrevistas	295
Figura n.º 25 – Concepções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde	373
Figura n.º 26 – Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde	377
Figura n.º 27 – Consequências da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde	382

Índice de gráficos

	f
Gráfico n.º 1 – Distribuição dos técnicos de saúde por área de licenciatura	192
Gráfico n.º 2 – Distribuição dos técnicos de saúde por categoria profissional	193
Gráfico n.º 3 – Distribuição dos alunos do 9.º ano por escola	196
Gráfico n.º 4 – Distribuição dos alunos do 9.º ano por idade	197
Gráfico n.º 5 – Incidência de abordagem das áreas de promoção da saúde	237
Gráfico n.º 6 – Incidência de abordagem por intervenientes na saúde escolar	240
Gráfico n.º 7 – Incidência de utilização das TIC na saúde escolar	251
Gráfico n.º 8 – Distribuição das unidades de registo na Categoria PPI	271
Gráfico n.º 9 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a aplicação das TIC na saúde escolar	314
Gráfico n.º 10 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a Questão 1 ...	315
Gráfico n.º 11 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a Questão 11 .	316
Gráfico n.º 12 – Perspetiva de abordagem futura das áreas de promoção da saúde ...	361
Gráfico n.º 13 – Perspetiva de utilização futura das TIC na saúde escolar	362

Índice de quadros

	f
Quadro n.º 1 – Distribuição dos Centros de Saúde pelas ACES	43
Quadro n.º 2 – Distribuição das UCC pelas ACES	44
Quadro n.º 3 – Síntese da evolução da tecnologia educativa	64
Quadro n.º 4 – Lógica educativa <i>versus</i> lógica da tecnologia de comunicação	68
Quadro n.º 5 – Características dos ambientes de aprendizagem	97

Índice de matrizes de síntese

f

Matriz de Síntese n.º 1 – Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde	230
Matriz de Síntese n.º 2 – Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde	293
Matriz de Síntese n.º 3 – Consequências da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde	366

Introdução

"If you want an answer, ask a question."¹³

(Martin Shipman)

¹³ "Se quer uma resposta, coloque uma questão." (tradução do autor).

1 – Interligando educação, tecnologia e saúde

A associação coerente do percurso formativo desenvolvido constitui a base da reflexão efetuada, ao optar nesta etapa por um rumo de investigação. A conjugação das capacitações adquiridas na Licenciatura em Enfermagem com as obtidas no Mestrado em Ciências da Educação, na especialização de Educação para a Saúde, configura-se uma forma de consolidação ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional, aprofundando conhecimentos de âmbito atual, sobre a interligação de três elementos quotidianos, a tecnologia educativa, a saúde escolar e a educação para a saúde, configurando o seu potencial fomentador do desenvolvimento individual e comunitário.

A crescente implantação das TIC na sociedade leva, inevitavelmente, à sua inserção na educação e na saúde, podendo a sua utilização contribuir para controlar e manipular diferentes variáveis do processo de aprendizagem, de forma a atingir os objetivos pedagógicos pretendidos, perspectivando-se benefícios resultantes da sua aplicação na educação em saúde, nomeadamente ao nível da saúde escolar. Torna-se importante, sobretudo, reflectir sobre as suas características, materializando as potencialidades reais e implicações no ser humano, em particular, e na comunidade, em geral, considerando-as como importantes ferramentas que, quando utilizadas de forma adequada, permitem contribuir para melhorar decisivamente a qualidade de vida do Homem.

A utilização de metodologias pedagógicas, baseadas nas tecnologias, representa um recurso que se coloca ao dispor dos formadores, sendo essencial, no entanto, procurar compreender a forma como estas inovações se apresentam, no contexto formativo, pois “Num processo complexo, como é o da introdução das inovações nos sistemas educativos, não existem respostas fáceis nem soluções infalíveis.” (Afonso, 1993, p. 150). A adoção de procedimentos estratégicos, face aos diferentes momentos de formação, perspetiva um modelo que privilegia a aprendizagem pela experiência e o desenvolvimento de competências, utilizando processos socioprofissionais que traduzem as capacidades individuais.

Torna-se importante refletir sobre os fatores relacionados com os conceitos e asserções bem como com a utilização das tecnologias em educação, verificando que inclusive às opções metodológicas alicerçadas na aprendizagem subjazem estratégias implícitas para

melhorar as formas de transmissão dos saberes ou, melhor dizendo, as condições de formação (Carvalho, 1995). Ampliando as possibilidades do acesso à informação, a utilização destas metodologias permite desenvolver estratégias, que facultem não só o desenvolvimento de conhecimentos e competências, particularmente em estadios de formação iniciais, como a atualização e crescimento pessoal e profissional dos indivíduos, reportando neste âmbito a formação contínua, englobada num processo de aprendizagem ao longo da vida.

Assim, o formador depara-se com a necessidade de aquisição e desenvolvimento de capacidades, sendo este um fator mobilizador de estratégias de autoformação, pois respondendo às solicitações que lhe são feitas pelos formandos cresce enquanto profissional e, em simultâneo, estimula a capacitação destes em utilizar estas novas ferramentas como meios de aprendizagem. Abrindo novos espaços e tempos de formação, as TIC conduzem a uma conceção inovadora ao nível dos mecanismos formativos (alternância, centros de recursos, formação à distância, etc.), das abordagens pedagógicas (autoformação individual e coletiva, aprendizagem organizacional), dos métodos e das técnicas, não esquecendo o seu impacto no âmbito dos materiais formativos (Carré, Clénet, d'Halluin & Poisson, 1999/2001).

Constituindo-se como uma inovação pedagógica, rompem com a estrutura tradicional da formação (tempo, local e ação), que se baseava em horários fixos, espaço definido, transmissão de conhecimentos, emergindo um modelo fundamentado em tempos moduláveis, espaços variáveis e aquisição de conhecimentos de acordo com as necessidades individuais. Na organização da sociedade quotidiana o reordenamento do espaço e do tempo é imprescindível, pelas possibilidades facultadas, desconhecidas até há pouco, que transcendem estes dois conceitos, perante as atuais possibilidades de comunicação interpessoal, marcadas pela instantaneamente e pela quebra das barreiras geográficas, fenómeno que a evolução dos recursos tecnológicos irá continuar a desenvolver (Giddens, 1997/2000).

A tecnologia educativa possibilita a utilização de metodologias operativas dinâmicas, com a principal finalidade de fomentar a eficácia dos processos de formação, oferecendo uma gama de conhecimentos, coerentes e sólidos, sobre a forma de organizar os processos de ensino-aprendizagem, planejar e elaborar ambientes e processos educativos, com o intuito de atingir os objetivos pedagógicos previamente definidos, aspetos que se podem aplicar na educação para a saúde, nomeadamente na saúde escolar. Efetivamente, a influência das TIC faz-se sentir não só na melhoria que proporcionam na eficácia e qualidade dos mais diversos serviços, mas também ao modificarem os padrões tradicionais de atividade, resultando no surgimento de diversas funções que têm por base este tipo de recursos (Area, 2009).

As Conferências Internacionais que ocorreram a partir de 1978, a primeira sobre Cuidados de Saúde Primários e as restantes sobre Promoção da Saúde, têm dado origem a um conjunto de propostas e recomendações, englobadas num documento final que sintetiza a reflexão efetuada. Constatase que os enunciados expressos nestes documentos têm influenciado internacionalmente as políticas de promoção de saúde e a configuração dos próprios sistemas de saúde, tornando importante a análise das conceções que lhes estão subjacentes, convergindo para a reflexão dos seus impactos na atualidade, enquanto peças centrais de dimensionamento das estratégias desenvolvidas neste âmbito.

Face à crescente importância da saúde escolar, como elemento basilar das políticas de promoção da saúde e prevenção da doença, representando um potencial de empoderamento para a comunidade educativa e para a própria sociedade, constata-se que os resultados destas Conferências influenciam o desenvolvimento destas políticas, expressas ao nível do Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], que advém do Plano Nacional de Saúde [PNS]. No início deste milénio, estes programas enfrentam desafios sem precedentes, resultantes dos múltiplos problemas de saúde que podem afetar os alunos, as suas famílias e a própria comunidade, mas também novas oportunidades para consolidar a sua educação, saúde e bem-estar, tornando pertinente uma reflexão aturada, por parte dos agentes que exercem atividade neste âmbito, que vise procurar resolver algumas questões de carácter formativo, interventivo, ético e legal, estabelecendo uma base sólida para edificar a sua prática no Séc. XXI (Costante, 2005).

São estes, sucintamente, alguns dos pressupostos que estão na génese da intenção de interligar a análise e reflexão destes três elementos fundamentais, educação, tecnologia e saúde, mais concretamente agrupados em dois conceitos-chave, a tecnologia educativa e a saúde escolar, enquanto elementos estruturais dos processos de promoção e educação para a saúde, representando os elementos-chave, de natureza conceptual, desta tese de doutoramento, elaborada no decurso do Curso de 3.º Ciclo em Educação, a decorrer sob a égide do Instituto de Educação, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Na organização deste documento procurou-se adotar uma estrutura lógica e pertinente, que facilite a apreensão das perspetivas enunciadas.

Na introdução, procede-se à definição e explicitação da problemática, sendo enunciado o problema de investigação, sob a forma de uma questão central à pesquisa a efetuar, a pertinência do estudo, descrevendo o enquadramento conceptual em que se enquadra a pesquisa, os objetivos de investigação, circunscrevendo as dimensões, inter-relações e orientações da pesquisa, as questões de investigação, com o fim de realçar o âmbito

da pesquisa, e as hipóteses, para decompor os conceitos representados. Estabelece-se depois o esboço do desenho metodológico, explicitando os processos de recolha, análise e verificação a aplicar, definindo-se o terreno de estudo e o desenho de investigação.

No primeiro capítulo, aborda-se a interligação entre TIC e educação, efetuando-se a indispensável reflexão e definição dos conceitos em análise, alicerçada no seu desenvolvimento ao longo do tempo e influências sociais associadas, contemplando os impactos de cariz socioeducativo, fomentados pela tecnologia educativa, baseados nos seus principais pressupostos teóricos e conceptuais, imprescindivelmente conectados a elementos basilares neste âmbito, como é o caso das representações que nos oferecem a conjugação dos conceitos de educação, didática e tecnologia. Perspetiva-se a aplicabilidade das TIC enquanto ferramentas educativas, englobando o seu potencial criador de espaços e contextos de ensino-aprendizagem e toda a contribuição que poderão facultar para incrementar a eficácia dos processos formativos, inclusivamente no espaço concreto da saúde.

No segundo capítulo, efetua-se uma análise aprofundada da relevância da educação para a saúde, concebendo este conceito como um dos principais alicerces da promoção da saúde, sendo a saúde escolar abordada como um elemento essencial para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do indivíduo, fomentando a sua integração e atuação consciente face à saúde. Enquanto momentos fundamentais para o desenvolvimento da promoção da saúde, abordam-se os aspetos mais relevantes que emergiram de um conjunto de conferências realizadas desde o último quarto do Séc. XX, que têm influenciado as políticas globais neste âmbito, destacando-se a mais recente Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS], realizada em Nairobi no ano de 2009, pelo seu papel aglutinador dos principais aspetos relacionados com a criação de parcerias para a concretização destes objetivos.

No terceiro capítulo, explicita-se a relação entre os conceitos centrais a este estudo, tecnologia educativa e saúde escolar, enunciando alguns exemplos desta conexão ao nível da educação para a saúde em diferentes países e, obviamente, ao nível da realidade portuguesa, que resultam do reconhecimento da importância da promoção da saúde para o desenvolvimento individual e coletivo das populações, onde as TIC podem ter um relevante contributo, concorrendo para o seu empoderamento em saúde. Constituindo um meio que permite a mobilização de recursos de cariz comunitário, visando a melhoria da qualidade de vida, a utilização destas tecnologias em processos educativos associados a ganhos em saúde, enquadram-se nas premissas relacionadas com o conceito de capital social e saúde, patentes em situações de interação, cooperação e ação coletiva, para a promoção da saúde.

No quarto capítulo, procede-se à apresentação e interpretação dos dados empíricos resultantes da pesquisa efetuada, com o intuito de encontrar respostas às questões de investigação estabelecidas, tendo igualmente em consideração a hipótese nuclear enunciada. Efetua-se a caracterização dos diferentes atores que participaram neste estudo, recorrendo a variáveis elementares de cariz descritivo que permitem estabelecer o seu perfil, optando-se seguidamente por abordar as principais dimensões temáticas definidas, considerando os objetivos de investigação, relacionadas com as conceções sobre a tecnologia educativa e a sua aplicabilidade na educação para a saúde, as estratégias de utilização das TIC na saúde escolar implementadas e os impactos resultantes desta aplicação a nível individual e coletivo, confrontando os resultados obtidos nas entrevistas e nos questionários.

Na conclusão, retoma-se sucintamente a problemática definida e o desenho metodológico instituído, realçando os elementos fundamentais que estiveram na génese e conceptualização deste processo, seguindo-se a síntese dos resultados obtidos durante esta investigação, evidenciando os aspetos com carácter mais relevante que emergiram dos dados recolhidos. Sendo natural o surgimento, no decurso da pesquisa realizada, de novas pistas relacionadas com a temática em estudo, apontam-se algumas linhas de investigação que, pela importância que lhes foi conferida pelos atores em estudo ou pela possibilidade de aprofundar determinados constructos de forma mais detalhada, poderão vir a ser desenvolvidas.

Como elementos pós-textuais encontram-se a bibliografia, apropriadamente dividida em bibliografia citada e bibliografia de referência das diferentes áreas abordadas na tese, sendo utilizada na sua elaboração e organização a norma da *American Psychological Association* (2001), adotada pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Inclui-se também o índice remissivo, ordenado alfabeticamente permitindo identificar a localização específica no corpo da tese dos elementos nele indicados, bem como os apêndices onde se apresentam os materiais elaborados e referenciados no texto¹⁴, que facultem informação relevante para a compreensão deste trabalho.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizadas as *Normas para a elaboração e apresentação de teses de doutoramento (Aplicáveis às dissertações de mestrado)* (Primo & Mateus, 2008), em vigor na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, de acordo com o Despacho n.º 101/2009 de 26 de Maio, do Magnífico Reitor Professor Doutor Mário Moutinho.

¹⁴ Considerando a quantidade de dados obtidos e o seu volume, caso impressos, foi inserido como apêndice um CD-ROM com os Dados trabalhados no *software* NVivo (Versão 8.0) e SPSS (Versão 17.0).

2 – Definição da problemática

O início de um processo de investigação resulta da emergência de uma qualquer situação que origina um conjunto de questões, uma inquietude ou até um incómodo, que impele a sua clarificação e um melhor entendimento da sua relevância, pelo que a temática definida para um estudo constitui o aspeto do problema de investigação que se pretende explicar sendo fundamental, para que este se possa formular adequadamente, que a escolha do tema¹⁵ esteja relacionada com uma situação problemática, efetuar a sua documentação adequada e estabelecer uma questão central que proporcione o rumo essencial da investigação, impulsionando a sua realização com vista a aumentar o conhecimento sobre o objeto de estudo (Fortin, Côté & Filion, 2006/2009).

A problemática representa um princípio de orientação teórica da investigação, definindo os seus alicerces, outorgando-lhe a coerência e potencial de descoberta que lhe possibilita organizar a análise sem a limitar de uma forma rígida, permitindo optar por uma orientação teórica quanto ao objeto de estudo e explicitar o quadro teórico inerente à sua investigação, explanando os conceitos fundamentais em questão e as relações que encerram entre si, que possibilitam estabelecer um sistema conceptual coerente e adequado ao objeto da investigação. A definição do objeto do estudo envolve a determinação dum problema de investigação, a identificação dos seus objetivos, o que se pretende com a sua realização, as questões de investigação e as hipóteses, clarificando o que se planeia abordar estabelecendo a ponte entre o problema de investigação e o quadro de referência, enquanto bases conceptuais da investigação (Miles & Huberman, 1994; Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998).

A apresentação da problemática de investigação visa, então, explicitar o motivo que torna relevante efetuar um determinado estudo e conhecer os resultados obtidos, fornecendo um conjunto sistematizado de elementos que justifiquem as opções tomadas. Constitui um quadro de natureza argumentativa, estruturado de forma a apresentar o tema de investigação,

¹⁵ “O tema de estudo pode provir de diversas fontes: os meios clínicos, observações, teorias, conceitos, problemas sociais, prioridades. O tema de estudo reporta-se habitualmente a uma determinada população que fornece um contexto e lhe dá uma significação particular. Como a investigação comporta conceitos, o tema de estudo deve conter um ou vários. O facto de especificar estes conceitos facilita a pesquisa documental.” (Fortin *et al.*, 2006/2009, p. 81-82).

um problema concreto que se conecta com uma questão central, bem como as informações e argumentações necessárias para alicerçar e fundamentar a investigação (Chevrier, 2000/2003).

2.1 – Problema de investigação

O enunciado do problema de investigação representa a objetivação e explicitação da problemática, racionalizando-a numa pergunta significativa e clara para o investigador e para os outros, devendo poder ser encarado com base em saberes e informações previamente disponíveis ou passíveis de serem adquiridos (Laville & Dionne, 1997/1999). A tomada de consciência de um problema de investigação depende dos conhecimentos disponíveis, sejam eles baseados em conceitos e/ou teorias ou na constatação de uma determinada realidade, conceptualizada de acordo com os valores individuais e sociais de cada um.

Assim, a definição de um problema pode ter origem em asserções previamente apresentadas num determinado domínio do saber, por autores ou entidades de referência, partindo de um conjunto de conhecimentos teóricos pré-estabelecidos para proceder à sua validação com base em dados empíricos, ou na observação e análise de uma situação concreta, partindo de dados empíricos para a construção de categorias conceptuais e relações. Na primeira situação a abordagem será *dedutiva e verificatória*, quando uma teoria procura dados concretos, na segunda a abordagem será *indutiva e geradora*, quando a realidade demanda uma teoria (Chevrier, 2000/2003).

Numa atividade concreta de investigação, de acordo com este autor, as duas abordagens referenciadas muitas vezes conjugam-se e completam-se mutuamente, não sendo muito exequível efetuar uma abstração tal que permita excluir completamente quer a abordagem indutiva quer a dedutiva do processo de investigação. Partindo de conceitos previamente definidos, procura-se uma abordagem heurística desta temática, que permita aprofundá-los num contexto específico, abarcando as TIC, a educação e a saúde, interpelando progressivamente questões e elementos emergentes dos autores de referência nestas áreas com as dos atores que intervêm na sua aplicação na prática quotidiana.

A definição do problema de investigação implica a identificação de uma questão de partida, que permita depois uma descrição e relacionamento dos principais conceitos que a compõem, tomando como referência a experiência, os conhecimentos teóricos existentes, acentuando uma postura cíclica entre teoria e prática, a par da importância de considerar posicionamentos anteriores face à temática em estudo, com o objetivo de salvaguardar o

adequado enquadramento na investigação e manter um carácter construtivista em termos do conhecimento, considerando as fontes de informação disponíveis.

“Podemos acrescentar que ambos os métodos (indutivo e dedutivo) se mantêm presentemente na Psicologia e na Educação, e que ambos podem ser necessários. No estado actual de conhecimentos é de esperar que cada vez mais se acentue, proporcionalmente, a importância da investigação ser dirigida por uma teoria, isto é, orientada por uma atitude mais dedutiva que indutiva, mesmo que esta teoria seja ainda provisória e explique apenas parcialmente um fenómeno.” (Almeida & Freire, 2000, p. 42).

A constatação da considerável evolução da tecnologia educativa, nas últimas décadas, como se pode reconhecer pela sua presença nos currículos de diferentes áreas científicas e pelo desenvolvimento progressivo de investigações, eventos e publicações sobre este tema, resultado das modificações sofridas pelas ciências em que se fundamenta (Cabero, 2007a), a par da aposta na promoção da saúde (Green & Tones, 2010; Lin, Pettersson, Brink, David & Agarwal, 2009), atualmente um elemento central das abordagens que visam o empoderamento individual, comunitário e social (Laverack *et al.*, 2009)¹⁶ constituiu, em suma, os elementos-chave que levaram à formulação da questão central, orientadora desta pesquisa: *Quais são as formas de utilização da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, e que impactos produzem no empoderamento dos indivíduos e da comunidade em que se inserem?*

Tendo como ponto de partida este problema central, neste estudo relacionam-se diferentes dimensões nas quais se pretende situar a pesquisa, inerentes aos principais elementos temáticos que se pretende analisar – tecnologia, educação e saúde – que se podem agrupar em três perspetivas concretas:

- Importância atribuída pelas equipas de saúde escolar à tecnologia educativa como elemento potenciador de desenvolvimento sustentado da educação para a saúde;
- Formas de aplicação efetiva e consequente da tecnologia educativa pelas equipas de saúde escolar no âmbito da promoção da saúde;
- Potencialidades, constrangimentos e impactos da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar.

A primeira perspetiva encontra-se relacionada com a relevância que é outorgada à tecnologia educativa, enquanto instrumento de desenvolvimento sustentado da educação para

¹⁶ Laverack *et al.* (2009), alicerçados nas perspetivas desenvolvidas por Labonte, em 1990, concebem o empoderamento comunitário como um contínuo envolvendo cinco elementos, que engloba ação individual, pequenos grupos, organizações comunitárias, parcerias, ação social e política, em que cada ponto deste contínuo pode ser visto como um resultado em si próprio, bem como um elemento de progressão para o próximo ponto de desenvolvimento.

a saúde, constituindo um domínio que vem sendo estruturado desde os anos 60 do Séc. XX, com o desenvolvimento da utilização das tecnologias na educação, em que apesar desta evolução de aproximadamente 50 anos continuam a subsistir, na atualidade, conceções que não convergem relativamente à sua aplicação na globalidade dos contextos educativos, podendo penalizar o seu desenvolvimento e estruturação efetiva no respetivo campo de ação, apesar do dinamismo e capacidade de regeneração que lhes estão inerentes (Depover, 2005).

A segunda perspetiva situa-se no campo da aplicação efetiva da tecnologia educativa no campo de ação da promoção da saúde, assumindo que a comunicação constitui o cerne dos cuidados e da promoção da saúde, os avanços tecnológicos nesta área representam uma oportunidade de empoderamento dos indivíduos e grupos relativamente à sua saúde, fomentando a qualidade das práticas de promoção desenvolvidas no âmbito da saúde pública, contribuindo desta forma para diminuir as desigualdades no acesso das populações às informações sobre educação para a saúde. Para garantir esses resultados o uso das tecnologias deve ser gerido e dirigido de forma adequada, utilizando as ferramentas tecnológicas disponíveis e tornando-as acessíveis de forma equitativa (Parker & Thorson, 2009).

A terceira perspetiva enquadra-se na ótica das potencialidades e constrangimentos associados à utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, considerando que estas tecnologias constituem um vasto campo de oportunidades para as populações participarem e colaborarem com as equipas de saúde, oferecendo possibilidades sem precedentes para harmonizar o acesso à informação disponível nesta área, promovendo o seu bem-estar, subsistindo no entanto constrangimentos que podem ser relevantes na sua aplicação, dos quais se realça a falta de controlo relativamente à utilização e disseminação adequada dos conteúdos disponibilizados, podendo levar à uma aplicação inapropriada e errónea da informação facultada (Murero & Rice, 2006b).

2.2 – Pertinência do estudo

A definição de um problema de investigação torna relevante a questão do saber desejável, a relevância de estudar uma questão em detrimento de outra, constatando-se que, normalmente, a temática englobada na investigação se torna mais relevante quando se engloba nos valores intrínsecos ao contexto em que emerge, podendo-se considerar que a pertinência social de uma investigação se estabelece evidenciando os resultados que produz relativamente aos problemas ou questões que estão na sua génese (Chevrier, 2000/2003). No campo da

educação, a pertinência do tema de investigação a abordar será mais ou menos substancial conforme o seu grau de inclusão ao nível das situações vivenciadas pelos praticantes (formadores, formandos, família, comunidade educativa ou de inserção, etc.) e pelos decisores (responsáveis institucionais, comunitários, políticos, etc.), podendo contribuir para integrar e desenvolver informações e representações importantes relativamente à área em estudo.

O desenvolvimento exponencial da sociedade da informação e do conhecimento alicerça-se precisamente na capacidade que se lhe encontra associada de processar estes dois elementos, de forma a maximizar a aprendizagem, estimular a inovação e a criatividade, promovendo competências para fomentar e lidar com a mudança (Figura n.º 1). Seja a nível organizacional quer social, torna-se fundamental facultar aos indivíduos oportunidades de requalificação e reconversão das práticas pessoais, profissionais e sociais, quebrando barreiras à aprendizagem e à comunicação, possibilitando o estabelecimento de redes de formação que permitam encarar os problemas e as dificuldades como ensejos de aprendizagem com base num envolvimento alargado de relações, que possibilitam o apoio necessário para tal.

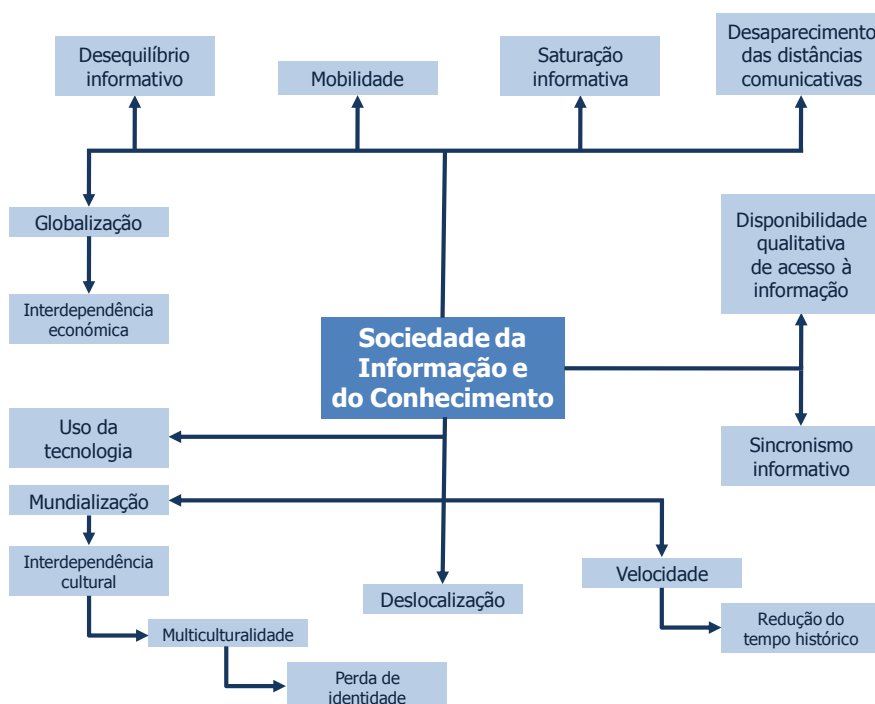


Figura n.º 1 – Atributos da sociedade da informação e do conhecimento (Fonte: adaptado de Martínez, 2007, p. 5)

Pode-se afirmar que esta *sociedade* engloba três dimensões essenciais, uma primeira que abarca uma esfera ampla de carácter científico, técnico e educacional, uma segunda que

envolve formas complexas de processamento e difusão do conhecimento e da informação, e uma terceira que implica mudanças fundamentais na forma como as organizações desenvolvem a sua atividade, de modo a promoverem uma inovação contínua de produtos e serviços, através da criação de sistemas, equipas e estratégias que maximizem as oportunidades de aprendizagem mútua e espontânea (Hargreaves, 2003).

Inevitavelmente, a influência das TIC foi-se fazendo sentir no campo educativo, que se foi gradualmente constituindo como um âmbito exclusivo de pesquisa das interações estabelecidas, entre os atores que intervêm neste terreno e a tecnologia, tomando em consideração que a introdução deste tipo de inovações não constitui aqui um fenómeno recente, mas com ramificações desde, pelo menos, os meados do Séc. XIX, face às progressivas ferramentas didáticas que foram sendo adaptadas e introduzidas no contexto formativo, desde os manuais escolares, passando pelos quadros, rádio, cinema, televisão, até à informática e ao multimédia¹⁷. Como em qualquer mudança, a introdução das tecnologias no ensino faz-se à custa de resistências e adesões, típicas destes processos.

Estas transformaram o contexto educativo num campo de análise dos seus efeitos a nível organizacional, comunitário, cultural e social, emergentes das alterações introduzidas nas estratégias, rotinas e objetivos pedagógicos. A incorporação dos *media*¹⁸ nos processos de ensino-aprendizagem produz, obrigatoriamente, uma alteração dos paradigmas que regem formadores, formandos e a própria organização das instituições de ensino, implicando a adoção de perspetivas que visem fomentar a socialização e a criatividade individual, associar o melhor da formação clássica ao desenvolvimento de competências, integração na comunidade, formação cívica, a par do raciocínio e questionamento crítico, cultivando a cooperação mas preparando para uma sociedade competitiva (Cuban, 1986; 2001a).

Os contributos facultados pelas TIC nos processos de formação e as competências necessárias para o desenvolvimento e integração social dos formandos implicam o investimento em práticas formativas dinâmicas e criativas que promovam a reflexão sobre o

¹⁷ “O multimédia é qualquer composição de *medias* com dimensão temporal e/ou *medias* sem dimensão temporal que é apresentada ao público através de um computador ou de outro suporte electrónico. Quando o utilizador final do conteúdo pode controlar a quantidade de elementos visionados e os tempos de visionamento, estamos a falar de **multimédia interactiva**.” (Damásio, 2001, p. 184).

¹⁸ Os *media* podem ser definidos, de forma global, como qualquer dispositivo ou equipamento que seja normalmente utilizado para transmitir informações entre as pessoas (Salinas, 2007). Mais especificamente, os *media* podem ser caracterizados com base em três aspetos essenciais, em primeiro lugar como recursos tecnológicos, enquanto aparelhos com um suporte físico-material – o *hardware*, em segundo lugar o sistema simbólico que envolve, ou seja os códigos formalizados de expressão que caracterizam um determinado *media*, em terceiro lugar a informação que se emite através do *media*, as mensagens e os seus significados. No caso dos *media* educativos, haverá que analisar os pressupostos formativos inerentes, ou seja as experiências de aprendizagem que se espera que promovam (González, 2007a).

desafio que a sua integração na educação representa atualmente, enquanto recursos, materiais didáticos e cenários virtuais de ensino-aprendizagem. Inevitavelmente a sua aplicação terá que variar de acordo com os objetivos formativos propostos, pois se no caso das ciências naturais prevalece mais uma utilização ligada à construção de teorias do que à expressão, no caso das ciências sociais prevalecerá a sua aplicação ao nível da expressão e da comunicação.

São estas condições que permitem caracterizar a tecnologia educativa, por Area (2009), Azinian (2009), Cabero (1996; 2007a), Damásio (2001; 2007), Marquès (1999; 2001) e Valverde (2002), entre outros, como uma área de conhecimento a que subjaz uma relação entre teoria e prática ao nível do planeamento e desenvolvimento, seleção e utilização, avaliação e gestão dos recursos tecnológicos aplicados aos processos educativos. Face aos aportes conceptuais e pedagógicos enunciados, constata-se que esta conceção representa, na atualidade, um elemento essencial ao desenvolvimento sustentado e sustentável, facultando meios de construção do conhecimento e aprendizagem, descoberta e autoformação, surgindo como um espaço de saber e progresso pessoal, profissional e social, de onde emerge o desafio de ampliar a sua esfera de intervenção, com base no seu potencial latente (Arco, 2009).

A sociedade depara-se constantemente com as mais diversas problemáticas, que requerem dimensões educativas inovadoras e eficazes, implicando a utilização adequada dos recursos existentes para a sua solução e prevenção, impondo à tecnologia educativa novos desafios e áreas de intervenção, constituindo o campo da saúde, sobretudo o da promoção da saúde e prevenção da doença, um campo fértil para a sua implementação, enquanto fator de empoderamento dos indivíduos, grupos e comunidades para que se convertam em agentes de desenvolvimento e de criação de espaços mais saudáveis de existência. Efetivamente, quando se reflete e analisa mais profundamente as relações que se estabelecem entre os sectores da educação e da saúde, facilmente verificamos que estes são inevitavelmente indissociáveis.

O estado de saúde dos indivíduos está intimamente relacionado com o acesso à formação, seja ela de cariz formal, não formal ou informal, e com a sua capacidade de aprender e aplicar os conhecimentos adquiridos, sendo frequente na sociedade atual associar os comportamentos de saúde aos resultados educativos, significando estas conexões que a melhoria na eficiência num destes âmbitos pode beneficiar o outro, constituindo os contextos educativos um espaço privilegiado para a promoção da saúde (Barnekow *et al.*, 2006). Assim, da identificação e análise dos requisitos de aprendizagem, relacionados com a saúde individual ou coletiva, deve resultar a adoção de métodos e estratégias de formação que visem alcançar objetivos educativos com a máxima eficiência, facultando uma oferta educativa

adequada aos atores que irão desenvolver atividades nesta área, dotando-os com as aptidões didáticas, técnicas e científicas necessárias ao êxito destes processos (Tones, 2005).

As intervenções desenvolvidas no campo da saúde, sejam de carácter educativo ou não, implicam o seu reconhecimento como um direito fundamental do Homem, assumindo o dever de assegurar a todos os cuidados adequados, respondendo à procura das populações e ao seu quadro variável de necessidades, contribuindo para a progressiva erradicação das assimetrias sociais e regionais que, de algum modo, marcam ainda o acesso aos cuidados de saúde. Esta premissa obriga todos os agentes envolvidos em atividades educativas e de saúde a uma reflexão e pesquisa contínua cujos efeitos, integrados no quotidiano pessoal, familiar, social e laboral de cada um, permitam não só promover as adaptações necessárias, mas uma evolução individual e coletiva para uma vida saudável englobada na conceção de carácter dinâmico, personalizado e responsabilizado, que atualmente se perspetiva (Martins, 2009)

Num quotidiano ainda muito centrado na assistência em saúde de cariz médico-curativa, a definição de estratégias que extrapolem este conceito, arreigado em grande parte da sociedade, constituem um imperativo que leve ao gradual destaque da promoção ao nível da saúde pública, numa visão conceptual da saúde como elemento de produção social, desenvolvimento de políticas públicas e intervenção coletiva, extrapolando a mera focagem nos riscos para a saúde, remetendo-os para o campo da prevenção. A progressiva reflexão conceptual dos elementos basilares da promoção de saúde permite demarcar o seu conceito e diferenciação, relativamente às práticas preventivas, pois estando intimamente relacionada com a vigilância da saúde e com uma perspetiva crítica relativamente à medicalização da saúde, este conceito pressupõe uma visão que não restrinja simplesmente a saúde à ausência de doença, mas que tenha capacidade de intervir sobre seus determinantes.

Face à constatação de que “Os estudos de avaliação do custo-efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã” (Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde [MS-DGS], 2006, p. 11), a educação para a saúde engloba-se nas perspetivas enunciadas, constituindo-se como um processo de natureza holística que visa fomentar o estado de saúde dos indivíduos, grupos e/ou comunidades, através do desenvolvimento de processos internos que possibilitem a adoção de comportamentos saudáveis, considerando o estilo de vida, as crenças e a sociedade em que se inserem.

Implica também uma abordagem integral e específica de cada indivíduo, ao nível das suas múltiplas interações com o meio envolvente, simultaneamente sofrendo as suas

influências e influenciando-o, face à irresistível força exercida pelo ambiente em que a existência de cada um decorre na configuração dos comportamentos e dos estilos de vida, constituindo um relevante campo de intervenção para a educação de cariz comunitário, que muitas vezes permite colmatar os défices de conhecimentos existentes, ativando dimensões emotivas e relacionais, nem sempre presentes na educação escolarizada, onde é normalmente privilegiada a dimensão cognitiva (Carvalho & Carvalho, 2006).

“A vivência da educação em saúde através de grupos favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde.” (Santos & Lima, 2008, p. 91).

Desde a década de 50 do Séc. XX que os contextos educativos têm constituído um espaço popular para a promoção e a educação para a saúde, sendo concebidos programas cujo foco principal radicava na formação das crianças e jovens sobre temas relacionados com a saúde e os seus determinantes, mas desde logo a importância de fomentar o desenvolvimento de capacitações para que adquirissem estilos de vida saudáveis foi um aspeto amplamente reconhecido e trabalhado, de tal forma que, na atualidade, quase todas as estratégias implementadas neste âmbito englobam estas temáticas.

O aumento e a consolidação de programas de promoção da saúde escolar têm sido influenciados pela evolução de projetos institucionais e decisões políticas nesta área, constituindo a Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários [CISCSP], 1978), um marco decisivo ao estabelecer um quadro estrutural para o desenvolvimento de estratégias de saúde, ao nível dos estados membros da Organização Mundial de Saúde [OMS], preconizando a importância das abordagens multisectoriais para a promoção da saúde, a par da participação comunitária no incremento de medidas nesta área.

Posteriormente, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1.^a CISP, 1986) realçou a importância do ambiente na saúde, em geral, e na promoção da saúde, em concreto, e do incremento de competências individuais a este nível. Esta perspetiva consolidou as estratégias de abordagem à promoção da saúde, constituindo o alicerce para o desenvolvimento, na década de 90 do Séc. XX, da iniciativa das escolas promotoras da saúde, conduzida pelo Comité Regional da OMS para a Europa, em colaboração com a Comissão Europeia e o Conselho da Europa (Health Evidence Network [HEN], 2006).

Destas condições contextuais resulta o imperativo da dinamização de equipas de saúde escolar [ESE] e da constituição de outras equipas multidisciplinares móveis para as escolas e outros locais significativos, tendo como principal prioridade a identificação de

oportunidades para modificar estilos de vida pouco saudáveis, como o consumo de álcool, o tabagismo e os hábitos alimentares desajustados (MS-DGS, 2004b). Estes propósitos implicam incrementar e promover competências que visem uma progressiva alteração comportamental de crianças e jovens, com a consequente extensão à família e comunidade, tendendo para a adoção de estilos de vida saudáveis e redução dos comportamentos de saúde de risco, através da conceção, produção e divulgação de materiais educativos adequados.

A reflexão implícita ao conjunto de aspetos que se têm vindo a desenvolver, permite perspetivar o enlace entre tecnologia educativa e saúde escolar, baseada na conjugação das potencialidades de cada uma das áreas científicas, educação e saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, a responsabilização e a participação dinâmica dos indivíduos, famílias, grupos, instituições (escolares e outras afetas) e comunidades nos processos de (auto)determinação relativamente à saúde, com base no fomento de estilos de vida saudáveis e de redução dos comportamentos de risco para a saúde. Estes aspetos são realçados como elementos relevantes, imprescindíveis de integrar na visão de promoção de saúde que emerge reforçada da 7.^a CISPS, realizada em Nairobi (World Health Organization [WHO], 2009a; 2009b), na qual é efetuado (mais) um alerta para a importância da atuação sistemática e conjunta a nível global, integrando os atuais recursos tecnológicos nos respetivos processos.

Nesta perspetiva, contempla-se a relevância do modelo mediático de comunicação em saúde (Duffy & Thorson, 2009), cuja conceção se alicerça nas substanciais alterações que as TIC e as mudanças de hábitos vêm produzindo no quotidiano, tornando as usuais estratégias de divulgação da informação cada vez menos eficazes, constituindo um facto inegável no campo da saúde que, a par do exponencial aumento das condições técnicas e do conhecimento nesta área, se verifica uma crescente dificuldade em divulgar as informações necessárias, para incrementar e consolidar a saúde e a qualidade de vida. Tais factos tornam essencial estruturar e organizar estratégias para a difusão da informação, tendo por base os recursos disponíveis nos contextos em causa, aproveitando as diferentes oportunidades para facultar mensagens de carácter informativo e/ou persuasivo sobre saúde.

Face à complexidade do fenómeno socioeducativo, a par do facto da realização de estudos centralizados na análise e compreensão dos processos associados às TIC implicarem uma perspetiva macrosistémica, torna-se imperativo abarcar um espaço de pesquisa que englobe não só os aspetos relacionados com a tecnologia, *per si*, mas também os indivíduos e as inter-relações que estabelecem, nos contextos sociais, culturais e formativos que integram (Damásio, 2007). No âmbito da saúde pública e da sociologia médica, a difusão de inovações

constitui uma prática que se vem consolidando desde os anos 50, do Séc. XX, traduzida em diversas melhorias ao nível da promoção da saúde, tendo um impacto central tanto ao nível da difusão espontânea como ao nível das intervenções planeadas neste campo de ação.

Esta metodologia implica estruturar processos através dos quais uma inovação é transmitida por intermédio de canais de comunicação concretos, ao longo de um determinado período de tempo, entre os membros de um sistema social, advindo desta prática determinados impactos ou consequências, traduzidas em alterações que ocorrem individual ou coletivamente, num determinado contexto social, em resultado da adoção ou rejeição de determinada alteração (Glanz, 1999; Rogers, 2003)¹⁹. Nesta ótica considera-se agente de mudança todo e qualquer ator que procura influenciar os indivíduos a tomar decisões inovadoras, com vista à adoção de um procedimento adequado, de acordo com as conceções vigentes, aspeto que se enquadra de forma plena nas perspetivas englobadas no âmbito de atividades que visam a promoção de atitudes, hábitos e comportamentos saudáveis.

Os constructos teóricos que se vem indicando podem ser exponenciados na conceção de capital social e saúde (Kawachi, Subramanian & Kim, 2008b), que partindo da perspetiva de capital social de Bourdieu (1986) e Coleman (1988), mais intrinsecamente ligada à sociologia, destacam o desenvolvimento exponencial que a associação deste conceito à área da saúde tem tido nas últimas duas décadas, embora a sua associação à saúde pública tenha ocorrido mais recentemente. A teoria da rede de capital social (Lin, 1999; 2001), ao definir o conceito em termos de recursos, como são exemplo o suporte social ou os canais de informação, permite uma aproximação do mesmo à área da saúde, ao destacar a importância das relações estabelecidas pelos diferentes atores numa determinada estrutura social, considerando a relevância e as características das conexões que estabelecem entre si.

Estas premissas representam uma dimensão a ter em conta no que se refere à saúde pública, pois reforçam o facto de que a tentativa de introdução de qualquer mudança nesta área, como por exemplo ao nível da educação para a saúde, será difundida mais rapidamente e com um maior nível de êxito numa rede em que os indivíduos que a constituem estabelecem relações estruturais mais fortes. Os processos que interligam capital social e saúde (Kim, Subramanian & Kawachi, 2006) encontram-se relacionados com a rapidez na difusão do

¹⁹ A teoria da difusão de inovações (*Diffusion of innovations – DOI*) apresenta algumas características importantes, relacionadas com as implicações relativamente ao modo como estas podem ser maximizadas no contexto específico da saúde, como a *vantagem relativa* (encarar a inovação como melhor que a prática ou processo que substitui), a *compatibilidade* (consistência com os valores, normas, hábitos, experiências e necessidades dos potenciais utilizadores), a *complexidade* (dificuldade da inovação ser compreendida ou utilizada), a *experienciabilidade* (importância de qualquer inovação ser adequadamente testada antes da sua implementação) e a *observabilidade* (relevância de serem obtidos resultados tangíveis e perceptíveis).

conhecimento relativamente à saúde, a divulgação de informações sobre saúde, a acessibilidade a serviços e recursos locais, a par do fomento da equidade no apoio social e assistencial, fatores que nos levam a considerar a conceção de capital social e saúde como elemento agregador do quadro concetual de referência, que suporta este estudo.

2.3 – Objetivos de investigação

O desenvolvimento deste estudo será centrado num contexto de investigação específico, uma Unidade Local de Saúde [ULS], constituída por dois hospitais e por dezasseis centros de saúde, concretamente junto das ESE que nesta desenvolvem atividade. Para obter um conhecimento que possibilitasse uma clarificação da definição dos elementos essenciais à explicitação da problemática²⁰, efetuou-se uma abordagem exploratória ao terreno de pesquisa, acedendo a *informantes privilegiados*²¹ (Costa, 1999) que facultaram informações pertinentes relativamente à estrutura e dinâmicas das ESE, das quais se fez registo em *notas de campo* (Bogdan & Biklen, 1991/1994; Flick, 2002/2005).

A abordagem direta ao terreno permitiu a auscultação e a observação do contexto em estudo, facilitando o processo indutivo de construção teórico-metodológica, representando uma estratégia que visa recolher informação relativamente a uma situação em particular, da forma mais completa possível, constituindo um instrumento de exploração teórica com base numa divisão sistemática da realidade, com o objetivo de garantir a validade dos dados obtidos a partir do acesso próximo às fontes, em termos físicos e sociais (Laperrière, 2000/2003).

A definição de objetivos de investigação constitui o modo de expressar, de uma forma explícita e sistemática, os principais intuítos da pesquisa realizada, especificando os principais elementos-chave presentes, a população junto da qual se efetuará a recolha dos dados necessários e as ações, implícitas nos verbos utilizados, que orientarão o estudo. Devem enunciar o porquê da investigação, delimitando as suas dimensões, as inter-relações inerentes e a orientação estabelecida para a pesquisa, traduzindo-se num enunciado declarativo que precisa o rumo da investigação, de acordo com o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 1996/1999; Fortin *et al.*, 2006/2009).

Sendo fundamental definir os aspetos essenciais à explicitação da questão de partida,

²⁰ “O enunciado do objectivo, das questões de investigação e das hipóteses liga o problema de investigação e os meios concretos para realizar a investigação.” (Fortin *et al.*, 2006/2009, p. 175).

²¹ Os *informantes privilegiados* serão os “interlocutores preferenciais com quem se contacta mais intensamente ou de quem obtém informações sobre aspectos a que não pode ter acesso directo.” (Costa, 1999, p. 132).

estruturando um conjunto de enunciados que permitam organizar a reflexão, alicerçados nas perspetivas teóricas apresentadas, das quais se destacam os contributos de Duffy & Thorson (2009), Rogers (2003) e WHO (2009a; 2009b), define-se como objetivo geral do estudo:

- Analisar a relevância da integração e aplicação da tecnologia educativa nos projetos desenvolvidos no âmbito da educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar.

Face ao objetivo geral identificado, importa esclarecer os aspetos que podem contribuir para o alcançar, permitindo a definição e caracterização das dimensões específicas que se pretendem abordar, estabelecendo-se como objetivos específicos:

- Identificar as conceções das equipas de saúde escolar sobre a aplicação da tecnologia educativa em intervenções no âmbito da educação para a saúde;
- Caracterizar a utilização da tecnologia educativa em atividades de educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, como recurso comunicacional inovador;
- Descrever as potencialidades e constrangimentos da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde, ao nível das organizações de ensino e das equipas de saúde escolar;
- Verificar os impactos resultantes da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde, ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas.

2.4 – Questões de investigação

A formulação de questões de investigação pode ocorrer antes ou após a definição do quadro conceptual, mas em qualquer dos casos estas representam as diversas dimensões de um domínio empírico que o investigador pretende explorar, estruturadas de forma genérica ou específica, descritiva ou exploratória, podendo vir a ser aperfeiçoadas e/ou reformuladas no decurso do trabalho de campo propriamente dito (Miles & Huberman, 1994). A opção pela enunciação de uma questão específica encontra-se sempre relacionada com a redução da multiplicidade dos conceitos presentes e, conseqüentemente, com a estruturação efetiva do campo de estudo, podendo existir alguns aspetos que são evidenciados enquanto outros são considerados de menor importância e colocados em segundo plano, pelo menos provisoriamente, ou mesmo colocados de parte.

As questões de investigação representam um espaço de acesso ao campo de pesquisa, estando dependente da sua enunciação o facto das atividades empíricas desenvolvidas conduzirem, ou não, à obtenção de respostas adequadas, estando também relacionadas com as

decisões a tomar relativamente aos métodos, à população e às ações que deverão ser incluídas no estudo. Na sua formulação deve estar presente o imperativo de revelarem a consistência e a clareza necessária, com vista a produzirem respostas, tendo em conta os recursos disponíveis e a sua aplicação num campo de pesquisa robusto, procurando-se, em suma, circunscrever no seio de um espaço contextual mais ou menos complexo uma área específica de interesse, permitindo dessa forma delimitar a pesquisa a efetuar (Flick, 2002/2005).

Assumindo que as questões de investigação advêm dos objetivos e indicam o que se pretende efetivamente obter como informação (Fortin *et al.*, 2006/2009), com o propósito de clarificar e delimitar o contexto de pesquisa, tendo por base os principais constructos teóricos enunciados, definem-se as seguintes questões:

- Qual a importância atribuída pelas equipas de saúde escolar à utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?
- Como e quando são utilizadas por estas equipas estratégias baseadas na tecnologia educativa na saúde escolar?
- Quais são os principais impactos que resultam da aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?
- Quais são as potencialidades identificadas na utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas?
- Quais são os constrangimentos identificados na utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas?
- Que estratégias são preconizadas para melhorar a aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas?

2.5 – Hipótese

Ao organizar a investigação com base em hipóteses de trabalho procura-se estabelecer uma forma ordenada e rigorosa de a conduzir, sem com isso pretender limitar qualquer perspetiva de desocultação e interesse, características da atividade (Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998), alicerçando estas proposições numa reflexão teórica preparatória, baseada no comportamento dos objetos estudados, que facultam à investigação uma linha condutora que secunda e complementa as questões de investigação, facultando os critérios para selecionar, de entre os dados recolhidos, os mais pertinentes para obter significações relativamente ao tema em estudo.

Tal como acontece com as questões de investigação, as hipóteses tomam em consideração os elementos-chave do quadro teórico e a população em estudo, estabelecendo enunciados que permitem antecipar relações entre essas variáveis, que requerem uma verificação empírica. Constituem sugestões de resposta para o problema de investigação, permitindo o estabelecimento de suposições quanto às relações estabelecidas entre os elementos em estudo, tendo uma clara influência na definição do desenho de investigação, nas opções tomadas quanto aos métodos de colheita e análise de dados, bem como no que respeita à interpretação dos resultados obtidos (Fortin *et al.*, 2006/2009; Tuckman, 1994/2002).

A forma de classificação das hipóteses pode ser bastante diversa, tendo em consideração tanto o processo como são formuladas como o seu nível de concretização. Face à abordagem de cariz heurístico que se perceciona para o estudo a efetuar, optou-se por enquadrá-las de acordo com o processo da sua formulação, classificando-as em dedutivas, enquanto decorrentes de um campo teórico e com a finalidade de comprovar deduções implícitas no mesmo, e em indutivas, por poderem emergir da observação ou reflexão sobre a realidade encontrada (Almeida & Freire, 2000).

Contribuindo para melhorar a compreensão da realidade em estudo, as hipóteses não podem nem devem encarnar uma rigidez plena, que limite o trabalho empírico a uma análise da realidade a partir de um modelo antecipatório, mas constituírem um meio de correção e matização do procedimento de investigação, redefinindo-se constantemente de forma a adequá-lo ao comportamento do objeto de estudo, a fim de permitir o seu aprofundamento²².

“Sob as formas e processos mais variados, as investigações apresentam-se sempre como movimentos de vaivém entre uma reflexão teórica e um trabalho empírico. As hipóteses constituem as charneiras deste movimento; dão-lhe a amplitude e asseguram a coerência entre as partes do trabalho.” (Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998, p. 120).

As perspetivas conceptuais enunciadas, relativamente à utilização da tecnologia educativa, aludem à relevância da sua aplicação nos mais diferentes cenários formativos, incluindo o da educação para a saúde, face à crescente eficácia que apresentam na divulgação da informação necessária ao incremento e consolidação da saúde e do bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidades. As potencialidades que se lhe encontram inerentes, enquanto elementos construtores e facilitadores do acesso à informação, representam também no quotidiano uma aposta, apesar dos constrangimentos que lhes podem estar, de alguma

²² Teodoro (1999) apresenta, também, uma perspetiva de reformulação das hipóteses explicativas das questões centrais, referindo que a sua “formulação foi sendo aperfeiçoada no decurso da própria investigação” (p. 51), uma conceção que se pode integrar na noção de hipóteses vaivém.

forma, inerentes (Depover, 2005, Murero & Rice, 2006b, Parker & Thorson, 2009).

Congregando os constructos emergentes da teoria da difusão de inovações (Rogers, 2003) com os aportes teóricos decorrentes, em especial, do modelo mediático de comunicação em saúde (Duffy & Thorson, 2009) e da 7.^a CISPS de Nairobi (WHO, 2009a; 2009b), associados à perspetiva de capital social e saúde (Kawachi, Subramanian & Kim, 2008b), estabelece-se uma hipótese nuclear, eminentemente teórica, na qual se inclui as variáveis em estudo, combinando o problema e o objetivo geral, numa tentativa de explicação dos resultados esperados (Fortin *et al.*, 2006/2009):

- A utilização de tecnologia educativa pelas equipas de saúde escolar em atividades de educação para a saúde, como recurso formativo de carácter comunicacional inovador, apresenta impactos qualitativamente positivos para os indivíduos, a comunidade escolar e o contexto social em que se inserem, promovendo o seu empoderamento em questões relacionadas com a melhoria global das condições de saúde, através da mobilização do capital social.

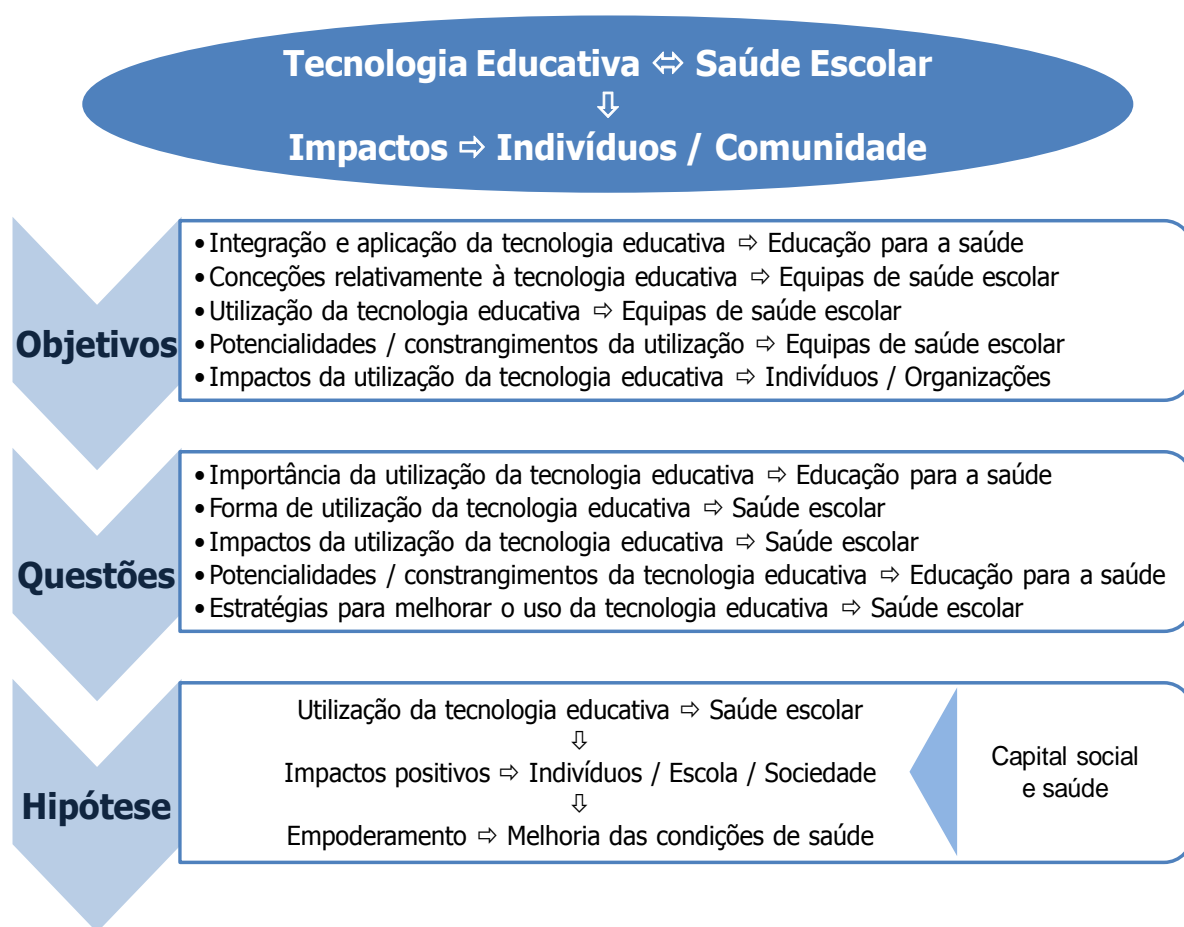


Figura n.º 2 – Objeto de estudo: Da problemática à hipótese nuclear

3 – Desenho metodológico

O desenho metodológico de uma pesquisa constitui o plano lógico, estruturado pelo investigador com o objetivo de obter respostas válidas relativamente às questões de investigação e às hipóteses formuladas, visando a descrição aprofundada dos fatores em presença, no sentido de identificar e explanar as relações existentes entre si, procurando-se definir estratégias orientadoras da pesquisa, planificando a sua realização, de forma a facilitar a obtenção de informações sobre as vivências dos atores, que possibilitem uma análise aprofundada das suas perceções, explicitando-as. A seleção criteriosa da metodologia a aplicar constitui um elemento fundamental para a obtenção de resultados fiáveis, inseridos numa lógica que relacione os dados obtidos com as questões de investigação enunciadas, permitindo atingir os objetivos do estudo.

A definição e estruturação das opções metodológicas, visando obter resposta às questões de investigação formuladas, constitui uma fase essencial do processo de investigação, sendo evidente a importância destas decisões no asseverar da fiabilidade e da qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 1996/1999). O estabelecimento dos procedimentos metodológicos implica a seleção de um conjunto de opções sistémicas, que permitam a descrição, análise e explicação de um determinado fenómeno, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos, orientando o trabalho de recolha, análise e verificação dos dados, devendo ser operacionalizados interligando a questão central com os métodos escolhidos, fator essencial para que os resultados obtidos se revelem válidos e credíveis, face aos objetivos previamente estabelecidos (Morse, 1994/2007).

Neste processo devem-se considerar os aspetos que facultam a criação de uma estrutura que permita o adequado desenvolvimento da pesquisa, implicando decidir quanto ao desenho de estudo definido e aos elementos em que se concentrará a atenção, alicerçando esta opção nos objetivos, questões de investigação e hipóteses estabelecidas, a par da sua harmonização com o problema de investigação. São estas preposições que estão na génese do estabelecimento das principais áreas de procedimento metodológico, que se determinam para a pesquisa a desenvolver, nomeadamente (Fortin, 1996/1999; Fortin *et al.*, 2006/2009):

- *Procedimentos gerais*: tipo de estudo (atividades estabelecidas de modo a permitir

obter respostas fiáveis); meio do estudo (espaço ou terreno em que se desenvolve a pesquisa); população-alvo (características que definem o grupo de sujeitos incluídos no estudo e os critérios que levaram à sua seleção);

- *Procedimentos de recolha*: instrumentos de colheita de dados (entrevista de grupo – técnica nuclear / entrevista individual e questionário – técnicas complementares); planificação estabelecida para a colheita de dados (dinâmica aplicada);
- *Procedimentos de análise*: métodos utilizados no tratamento dos dados obtidos, devidamente congruentes relativamente aos objetivos do estudo e às estratégias aplicadas (análise de conteúdo / análise estatística);
- *Procedimentos de verificação*: controlo de variáveis estranhas, essencial nos estudos de natureza qualitativa, devendo-se precisar os meios ou as estratégias a implementar (instrumento de colheita de dados / temática abordada / metodologia utilizada).

3.1 – Procedimentos gerais

Não tendo este estudo como objetivo chegar a certezas que favoreçam a generalização dos resultados, mas compreender, em profundidade e pelo contacto direto, uma situação e o contexto duma determinada realidade, opta-se como modo de pesquisa por um estudo de tipo exploratório e transversal, utilizando metodologia qualitativa²³ numa abordagem interpretativa (Merriam, 2002; Miles & Huberman, 1994). Esta estratégia de pesquisa baseia-se na investigação de um fenómeno contemporâneo no seu contexto real, sem que exista a necessidade de demarcação efetiva entre as fronteiras existentes entre o mesmo e o espaço em que é estudado, podendo o investigador utilizar diversas formas para a colheita de dados, com vista à desocultação de uma realidade concreta, no intuito de compreender o como e o porquê deste fenómeno, ou seja o seu foco, num determinado contexto.

Considera-se exploratório (Fortin, 1996/1999), uma vez que se procura analisar uma realidade através dos relatos dos atores intervenientes, conhecendo as suas concepções e posturas face ao fenómeno em estudo, as influências contextuais, as potencialidades e constrangimentos subjacentes ao processo, as formas como condicionam e poderão ser condicionadas pelas estratégias que definem. Caracteriza-se como transversal, tendo por base

²³ Bogdan & Biklen (1991/1994) definem cinco características principais da investigação qualitativa: “Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.”; “A investigação qualitativa é descritiva.”; “Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.”; “Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva.”; “O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.” (p. 47-50).

o facto dos procedimentos efetuados para a recolha de dados decorrerem num momento temporal específico (Fortin *et al.*, 2006/2009; Richardson, Peres, Correia, Peres & Wanderley, 1989), possibilitando a descrição do fenómeno em estudo e das relações com ele estabelecidas, pelo grupo de sujeitos determinado, nesse mesmo período.

Optou-se pela metodologia qualitativa (Bogdan & Biklen, 1991/1994; Flick, 2002/2005; Gil, 1994; Merriam, 2002; Morse, 1994/2007; Willis, 2008), utilizando na abordagem um paradigma interpretativo, por se considerar que a interpretação e compreensão das interações estabelecidas permite o acesso ao conhecimento da realidade tal como esta é vivenciada pelos atores, com base na informação que estes nos proporcionam, permitindo esta abordagem analisar a forma como os indivíduos constroem e dão sentido às suas ações, em situações sociais concretas (Denzin & Lincoln, 2005; Patton, 2002). Perspetivou-se como proveitosa a presença do investigador no terreno de estudo, por permitir melhor compreender o enquadramento do seu contexto e dos atores, mas, esse envolvimento, tornou imprescindível manter um processo de atuação sistémico e rigoroso, no sentido de manter a credibilidade do estudo, descrevendo rigorosamente os procedimentos utilizados.

Esta metodologia, oferecendo a possibilidade de tratar de forma sistemática informações e testemunhos com alguma profundidade e complexidade, facilita a interpretação e compreensão dos dados recolhidos, considerando aspetos e interações pessoais e organizacionais, permitindo obter dados, profundos e objetivos, sobre os fenómenos, favorecendo o conhecimento global (Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998). Com a sua aplicação pretendeu-se dar resposta às questões de investigação, estabelecendo-se um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo selecionado, precisando as formas de colheita e análise dos dados, procurando controlar eventuais fontes de enviesamento para não influenciar os resultados, obtendo informações fidedignas que transmitam uma imagem clara e concreta do fenómeno em estudo, permitindo alcançar conclusões legítimas.

3.1.1 – Terreno de pesquisa

Sendo fundamental delimitar em termos espaciais, geográficos, sociais e temporais o campo de análise empírica, considera-se basilar destacar um critério prático relevante, a margem de manobra do investigador, como sejam os prazos e os recursos de que dispõe ou os contactos e as informações com que pode contar, assim como as suas próprias aptidões, não sendo de estranhar que, em muitos casos, o campo de investigação se situe no contexto social

de inserção do próprio investigador, sem que este facto se constitua, aprioristicamente, como uma real vantagem ou como um inconveniente efetivo (Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998).

Selecionou-se como terreno de pesquisa uma ULS, da região Alentejo, constituída por dois hospitais e dezasseis centros de saúde (Notas de Campo), onde se propõe conhecer a realidade em estudo num contexto específico, sendo necessário por questões de acessibilidade e legitimidade dos procedimentos efetuados, solicitar autorização para a execução do estudo ao seu Conselho de Administração (Apêndice I), bem como aos Conselhos Executivos dos agrupamentos / escolas²⁴, onde também decorrerá (Apêndice II). Esta necessidade baseia-se no facto de ser fundamental aceder a informações facultadas por atores do terreno, a fim de desenvolver o processo de investigação, implicando a obtenção de um consentimento formal e efectivo para tal, tendo em conta que em geral a recolha de dados se efetua em *território privado* de alguém, envolvendo a maior parte das pesquisas de carácter educacional alguma *invasão* da privacidade pessoal e organizacional (Stake, 1995/2007).

Na ULS foram constituídos dois agrupamentos de centros de saúde [ACES] (Ministério da Saúde [MS], 2009a), enquanto unidades organizativas de natureza administrativa, abarcando 9 centros de saúde o ACES A e 7 o ACES B (Quadro n.º 1).

ACES A	ACES B
Centro de Saúde A1	Centro de Saúde B1
Centro de Saúde A2	Centro de Saúde B2
Centro de Saúde A3	Centro de Saúde B3
Centro de Saúde A4	Centro de Saúde B4
Centro de Saúde A5	Centro de Saúde B5
Centro de Saúde A6	Centro de Saúde B6
Centro de Saúde A7	Centro de Saúde B7
Centro de Saúde A8	
Centro de Saúde A9	

Quadro n.º 1 – Distribuição dos Centros de Saúde pelas ACES (Fonte: Notas de Campo)

²⁴ Pelo facto da recolha de dados envolver a aplicação de um questionário aos estudantes do 9.º ano, nas escolas seleccionadas, foi também solicitada a devida autorização à Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular – Ministério da Educação, enquanto entidade estatutariamente competente para o efeito.

A gestão das intervenções no âmbito do programa de saúde escolar, a nível macro, encontra-se no campo de ação definido para a unidade de saúde pública [USP], responsável por efetuar a definição estratégica das intervenções a levar a cabo nesta e em outras áreas, como são exemplo o programa de vacinação ou de saúde oral (entre outros), cabendo-lhe a gestão destes espaços de atuação, de acordo com a legislação em vigor (MS, 2008; 2009b).

“A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínio de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos” (MS, 2008, p. 1184).

A operacionalização da saúde escolar, a nível micro, é uma responsabilidade da esfera de competências de cada unidade de cuidados na comunidade [UCC], nomeadamente das suas ESE que intervêm no terreno, sendo estas constituídas por um ou mais enfermeiros (conforme as necessidades identificadas) e por técnicos superiores de saúde, como higienista oral, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e quaisquer outros afetos à estrutura de cuidados de saúde primários, cuja intervenção seja considerada oportuna (Notas de Campo).

A estratégia seguida na ULS para a implementação da legislação que visa a estruturação e funcionamento dos ACES implica a criação de diversas unidades funcionais, das quais se destaca as de cariz assistencial, nomeadamente as UCC, responsáveis por operacionalizar a saúde escolar (MS, 2008), perspetivando a criação de 9 destas unidades, 5 no ACES A e 4 no ACES B (Quadro n.º 2), para além de unidades de saúde familiar [USF] e de unidades de cuidados de saúde personalizados [UCSP], que abarcam um diferente campo de intervenção. Meramente a título de exemplo destes campos de intervenção, o programa de vacinação não é uma área do âmbito das UCC, mas sim das USF.

ACES A	ACES B
UCC A1	UCC B1
UCC A2	UCC B2
UCC A3	UCC B3
UCC A4	UCC B4
UCC A5	

Quadro n.º 2 – Distribuição das UCC pelas ACES (Fonte: Notas de Campo)

Também no âmbito da implementação desta reforma dos cuidados de saúde primários²⁵, estabelece-se uma unidade de recursos assistenciais partilhados [URAP], que “presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais (...) e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares”, integrando “médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais” (MS, 2008, p. 1184), tendo como principal função prestar serviços e apoiar as intervenções desenvolvidas nas diferentes unidades assistenciais, sejam estas UCC, USF ou UCSP. Este conjunto de medidas implica a criação dos serviços de apoio necessários ao exercício das unidades estabelecidas, dos quais se destaca a unidade de apoio à gestão [UAG], organizada com base numa perspetiva de agrupamento dos serviços de carácter não assistencial dos ACES, prestando o essencial apoio administrativo e geral adequado ao exercício das múltiplas unidades funcionais (Figura n.º 3).

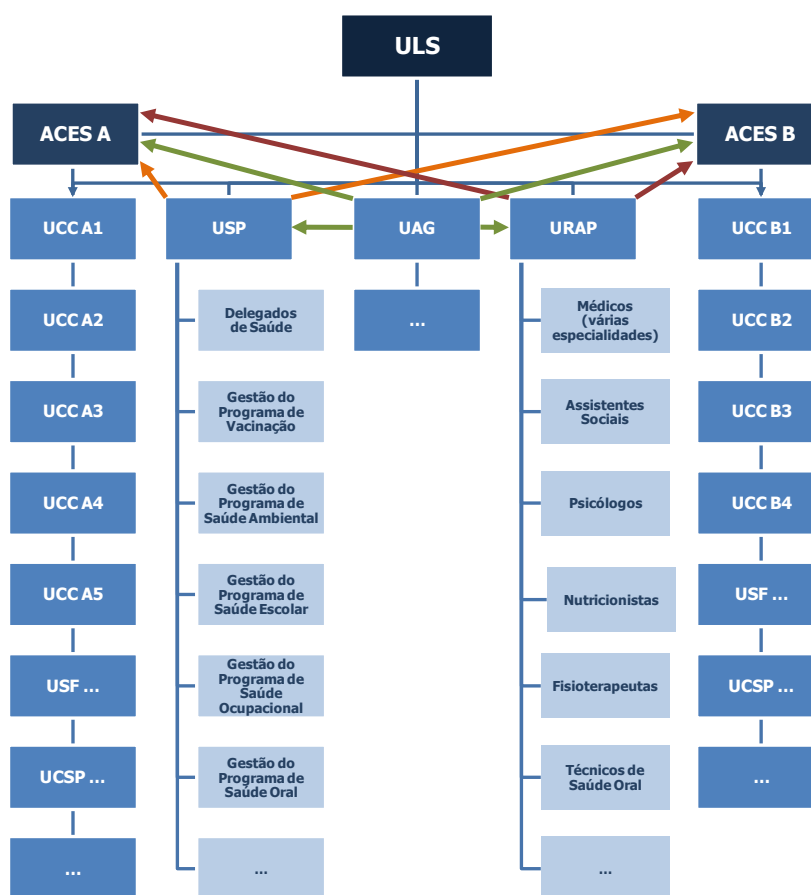


Figura n.º 3 – (Re)Estrutura dos cuidados de saúde primários da ULS (Fonte: Notas de Campo)

²⁵ Existe ainda alguma indefinição e dicotomia relativamente à subordinação hierárquica e à operacionalização das atividades, das diferentes estruturas, que será clarificada oportunamente (Notas de Campo).

Considerando população como um conjunto de elementos com características comuns, que são definidas por determinados critérios, estabeleceu-se que a população em estudo seria composta pelas ESE que desenvolvem atividade nesta ULS, estabelecendo-se uma amostra aleatória estratificada²⁶ (Fortin *et al.*, 2006/2009, Hill & Hill, 2002; Laville & Dionne, 1997/1999) das ESE integradas nas UCC dos ACES constituídos na ULS, tendo por base a população residente afeta a cada UCC (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011), visando obter uma visão global e fidedigna do fenómeno em estudo, privilegiando essencialmente as experiências desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde, permitindo a obtenção de respostas de forma ampla, contribuindo para aumentar a profundidade e fiabilidade da pesquisa efetuada (Apêndice III).

Considerando a existência de aspetos éticos e deontológicos que podem representar exigências morais, com que o investigador se depare no decurso da pesquisa, podendo causar conflito com o rigor colocado na investigação, importa considerar e respeitar todos estes aspetos durante a realização do estudo, pelo que procurando não gerar qualquer impacto ético-social no seio das instituições em que decorre o estudo, optou-se por salvaguardar a confidencialidade dos ambientes organizacionais, tal como dos sujeitos envolvidos, garantia a ser facultada na solicitação de autorização para a sua realização, bem como a todos os atores entrevistados (Fortin, 1996/1999; Streubert & Carpenter, 1999/2002).

3.2 – Procedimentos de recolha

Uma seleção adequada e criteriosa das técnicas de recolha de dados constitui um elemento fundamental para a obtenção de resultados fiáveis, sendo importante que estas se insiram numa lógica que relacione os dados obtidos com as questões de investigação previamente enunciadas, permitindo atingir os objetivos propostos para o estudo. Considerando o contexto de investigação e a estratégia de pesquisa definida, utilizaram-se como técnicas de recolha de dados a entrevista de grupo, enquanto técnica nuclear, e a entrevista individual e o questionário, enquanto técnicas complementares (Fontana & Frey, 2005; Hill & Hill, 2002; Laville & Dionne, 1997/1999; Moreira, 2004; Patton, 2002).

A opção por qualquer método ou técnica deve estar sempre subordinada ao objetivo pretendido, podendo ser afirmado que o problema que se coloca na sua escolha estará sempre

²⁶ A escolha dos elementos efetua-se no interior de estratos ou subgrupos definidos de acordo com uma (ou mais) características particulares, permitindo reduzir o erro de amostragem sem aumentar a extensão da amostra global (Laville & Dionne, 1997/1999).

relacionado com uma perspetiva de adequação *meio-objetivo* (Postic & De Ketele, 1988). As técnicas de colheita de dados selecionadas são as que se consideraram adequadas para obtenção das informações pretendidas com a profundidade desejada, encarando-se a associação da entrevista de grupo, técnica nuclear, e da entrevista individual e do questionário, como técnicas complementares, como uma estratégia de triangulação dos dados.

Para manter um registo escrito do que o investigador ouve, vê, presença e reflete no decorrer da recolha, numa perspetiva qualitativa, optou-se pela utilização de *notas de campo*, elaboradas de forma detalhada, precisa, extensiva e clara, tendo como principal objetivo registar e descrever os atores, objetos, lugares, acontecimentos, atividades e discursos, permitindo ao investigador elementos relativos às conceções, estratégias, considerações e conjecturas, bem como os padrões das quais emergem (Bogdan & Biklen, 1991/1994).

Foi aplicada a entrevista de grupo (Apêndice IV), técnica nuclear, às ESE integradas nas UCC dos ACES constituídos na ULS, definidas na amostra, no sentido de conhecer e desocultar em profundidade a pertinência da incorporação e utilização da tecnologia educativa nas atividades que desenvolvem ao nível da educação para a saúde. No entanto, perante as implicações macrosistémicas que o entendimento dos fenómenos relacionados com as TIC implicam (Damásio, 2007; Rogers, 2003), procurou-se aprofundar a perceção dos diferentes elementos que se estabelecem em redor desta situação, traduzidos nas alterações que ocorrem e nas inter-relações que se desenvolvem, nos distintos sistemas sociais, culturais e educativos envolvidos, bem como ao nível dos atores que neles se integram de forma dinâmica.

Perspetivou-se a indispensabilidade de complementar a informação obtida, através de entrevistas individuais (Apêndice V), efetuadas aos docentes coordenadores da educação para a saúde [DCEpS] dos agrupamentos / escolas (Ministério da Educação [ME], 2007) envolvidos neste processo, e de questionários (Apêndice VI), aplicados a estudantes do 9.º ano de escolaridade enquanto alvos finais dos mesmos. Selecionaram-se estudantes deste nível de ensino pelo facto de existirem escolas que lecionam o 3.º ciclo do ensino básico nas áreas geográficas em que as diferentes ESE desenvolvem atividade, sendo principalmente nesta etapa de escolaridade em que utilizam recursos mais diferenciados nas intervenções desenvolvidas (Notas de Campo), sendo igualmente possível a obtenção de dados mais profundos e consistentes por parte de atores que se encontram no final deste ciclo de ensino, em princípio sujeitos a uma maior diversidade de intervenções no âmbito da saúde escolar.

Não sendo objetivo deste estudo generalizar os resultados, a par da dificuldade de acesso à totalidade da população, optou-se pela definição de uma amostra não probabilística,

utilizando como método a amostragem por redes²⁷ (Fortin *et al.*, 2006/2009), solicitando-se às ESE a identificação de um DCEpS dos agrupamentos / escolas em que desenvolvem atividade e, seguidamente, a indicação de duas turmas de alunos do 9.º ano de escolaridade por cada um dos docentes (Figura n.º 4), concebendo-se os atores selecionados como grupos de casos, que permitem realizar uma análise intensiva da difusão das informações e dos efeitos das intervenções desenvolvidas, a nível organizacional e sociocultural (Almeida & Freire, 2000; Flick, 2002/2005; Patton, 2002).

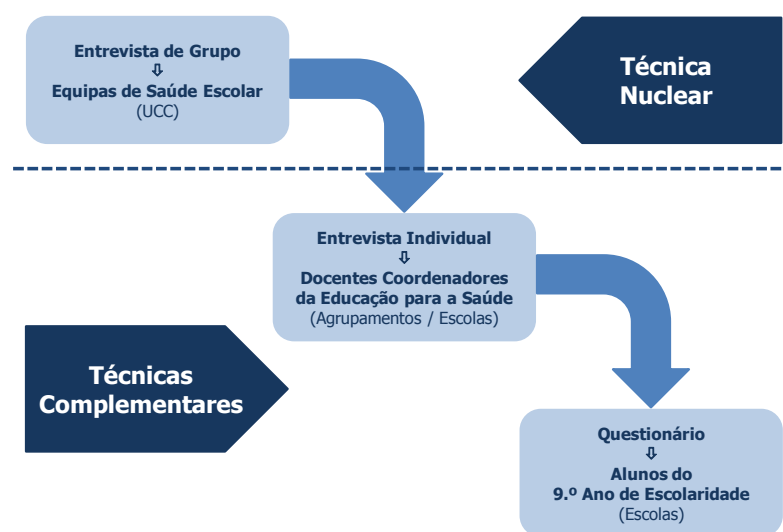


Figura n.º 4 – Organização do procedimento de recolha de dados

A qualidade do trabalho de campo desenvolvido passa sempre pelas relações que se estabelecem, e não só pelo método de investigação que se utiliza, sendo a entrevista considerada uma importante técnica de recolha de dados, uma vez que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, possibilitando a obtenção de uma maior quantidade de informações, para atingir um conhecimento aprofundado da problemática em estudo. A entrevista pode ser definida, numa perspetiva técnica, como um procedimento de investigação científica, através de um processo de comunicação verbal, utilizado para recolher informações relacionadas com os objetivos previamente definidos, possibilitando desenvolver uma estreita relação entre as pessoas e atingir um conhecimento aprofundado relativamente à problemática em estudo (Bogdan & Biklen, 1991/1994; Grawitz, 1984).

²⁷ Os indivíduos entrevistados inicialmente indicam, a pedido do investigador, os nomes de outros atores apropriados para participar no estudo, constituindo um método apropriado nas abordagens qualitativas que têm como objetivo descrever uma situação particular e não a generalização de resultados (Fortin *et al.* 2006/2009).

Permitindo privilegiar as percepções e vivências dos atores, a forma como as sentem e descrevem, conhecer as ações que as envolvem, interagindo face a face, para compreender as suas perspetivas, conceções e definições, quando o objetivo da recolha de dados abarca as afirmações concretas sobre um assunto, esta técnica constitui um meio eficiente para o efeito, possibilitando a recolha de dados descritivos, na linguagem dos próprios sujeitos, que permite ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como cada um interpreta os aspetos em estudo (Flick, 2002/2005). As entrevistas de grupo podem assumir diferentes formas, conforme o objetivo com que são efetuadas, podendo ser conduzidas de modo pouco ou nada estruturado pelo entrevistador (*brainstorming*), ou mais estruturada (grupos focalizados), assumindo o entrevistador uma postura mais proeminente e diretiva, embora permita a troca de perspetivas entre os atores envolvidos no processo (Fontana & Frey, 2005).

As entrevistas realizadas a grupos focalizados (Carey, 1994/2007; Flick, 2002/2005), abordagem que se configurou neste estudo como pertinente por possibilitar abarcar as ESE como um todo e por ser uma estratégia já utilizada na abordagem de temáticas relacionadas com os *media*, permitiram aproveitar as interações explícitas que se produzem como fonte de dados, possibilitando a obtenção de perspetivas ricas em conteúdos que poderiam ser menos acessíveis sem esta interação. Não devendo ser efetuadas com um número de participantes que exceda os seis a oito indivíduos²⁸, permitem abordar um conjunto de temas específicos num período que não deverá exceder as duas horas, cingindo-se esta técnica ao objetivo pretendido pelo entrevistador, não devendo ser confundida com práticas de debate, tomada de decisão, solução de problemas ou outras situações análogas (Patton, 2002).

Sendo difícil associar a condução deste tipo de entrevistas com a recolha de notas que permitam, durante a transcrição da gravação *áudio* efetuada, identificar os diferentes intervenientes e/ou aspetos particulares relevantes, que podem emergir durante a mesma, considerou-se pertinente a presença de dois entrevistadores, um dos quais assumiu uma atitude não participativa, de anotador deste tipo de situações, enquanto o outro efetuou a gestão da entrevista e do grupo (Flick, 2002/2005). As competências requeridas e as estratégias adotadas para a condução de entrevistas de grupo não são muito diferentes das utilizadas nas entrevistas individuais, cabendo ao entrevistador ser flexível, objetivo,

²⁸ A definição do número ideal de participantes numa entrevista de grupo focalizado não constitui um aspeto consensual entre os diferentes autores, constatando-se poder existir alguma flexibilidade neste âmbito, de acordo com as características do grupo e os objetivos de pesquisa. “As recomendações sobre um *tamanho do grupo* ideal variam de 5 a 12 por sessão. Os factores a considerar incluem sensibilidade e complexidade do assunto, e as capacidades, expectativas e necessidades dos membros do grupo. Uma pessoa tem maior probabilidade de se sentir mais confortável fazendo parte de um pequeno grupo do que de um grande. Também, com um pequeno grupo de 4 ou 6, cada membro tem maior oportunidade de falar.” (Carey, 1994/2007, p. 228).

empático, persuasivo, bom ouvinte, etc., embora existam alguns aspetos, para os quais deve estar sobretudo atento, durante a condução deste tipo de entrevistas (Fontana & Frey, 2005):

- Evitar que um (ou mais) indivíduo(s) domine(m) o grupo;
- Encorajar os participantes mais renitentes a participar;
- Obter respostas da maioria ou totalidade dos membros do grupo, assegurando a total cobertura de cada tópico;
- Associar o papel de entrevistador ao de moderador, gerindo a dinâmica do grupo entrevistado;
- Articular as questões previstas no guião da entrevista com a interação estabelecida com e no grupo.

A implementação desta técnica implicou a prévia elaboração dum guião da entrevista, que possibilitou recordar os temas que se pretendiam abordar, de uma forma semiestruturada, no sentido de dar resposta às questões de investigação, pelo que durante as entrevistas de grupo foram colhidos dados, sobre a problemática em estudo, de acordo com o guião estabelecido, fazendo-se o seu registo *áudio*, para permitir a posterior transcrição, na qual se reportou de forma integral e o mais fielmente possível o que foi dito. O guião foi construído tendo como base as áreas temáticas relacionadas com a problemática em estudo, promotoras dos aspetos que se consideram importantes para atingir os objetivos definidos, sendo estruturado em dimensões temáticas, que constituam os eixos orientadores das informações a recolher²⁹ (Foddy, 1993/1996; Guerra, 2006).

Na estruturação e realização das entrevistas utilizaram-se as técnicas preconizadas por autores que abordam esta temática (Flick, 2002/2005; Foddy, 1993/1996; Fortin *et al.*, 2006/2009; Grawitz, 1984; Quivy & Van Campenhoudt, 1995/1998; Richardson *et al.*, 1989; Stake, 1995/2007). Para legitimar as entrevistas, considerou-se importante colocar os entrevistados *à vontade*, promovendo um intercâmbio informal, facilitador da recolha de informação, sem o peso inerente aos papéis de entrevistador e entrevistado, que poderia condicionar as respostas, apesar de se dever considerar que as interações que se estabelecem entre o pesquisador e os entrevistados não podem ser eliminadas da equação de pesquisa, mesmo que se deseje fazê-lo (Lincoln & Guba, 1985).

Em seguida procedeu-se à explicação da temática e ao objetivo da entrevista, informando o tempo provável de duração, assegurando a confidencialidade das informações

²⁹ “Do enorme leque de dimensões existentes, o investigador deve decidir quais pretende privilegiar, o que deve necessariamente fazer-se por atenção às razões que presidem à própria solicitação dessa informação, ou seja, atendendo aos objectivos do estudo.” (Foddy, 1993/1996, p. 30).

prestadas (Tuckman, 1994/2002) e solicitando autorização para o registo *áudio* da entrevista, aspetos essenciais à obtenção do consentimento informado dos entrevistados, relativamente à sua participação no estudo. A condução da entrevista implicou a introdução progressiva dos temas, formulando questões que estimulassem os entrevistados a desenvolver o assunto em causa, pretendendo, no entanto, não condicionar previamente uma resposta mas, face a desvios à temática ou dados menos claros, considerou-se importante retomar o raciocínio, integrando de novo o tema ou determinado aspeto, de forma a aprofundá-lo e clarificá-lo.

Tendo presente ser extremamente difícil efetuar uma qualquer questão sem sugerir, de forma absoluta, alguma forma de resposta, pelo simples facto de que ao efetuá-la imediatamente se insinua que se considera que o aspeto apresentado é relevante (Foddy, 1993/1996), procurou-se abordar as atividades quotidianas dos entrevistados, face à utilização da tecnologia educativa, refletindo sobre as estratégias, dificuldades e potencialidades numa prática educativa, bem como dos recursos que necessitam ser mobilizados para produzir mudanças, contextualizando essencialmente as vivências individuais e a forma como cada um se integra na atividade de promoção da saúde.

Com a utilização do questionário pretendeu-se proceder à recolha de informação de carácter factual sobre situações vivenciadas pelos atores, traduzindo as suas atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões sobre a temática em estudo que, podendo não ter a profundidade obtida através da entrevista, permitem uma análise dos dados obtidos que contribui para uma melhor organização, normalização e controlo dos aspetos obtidos através das outras técnicas de recolha de dados utilizadas (Fortin, 1996/1999; Hill & Hill, 2002, Laville & Dionne, 1997/1999).

Neste sentido, como estratégia principal, utilizou-se uma escala de tipo Likert, na qual se apresentou um conjunto de doze enunciados que expressam uma perspetiva quanto à temática em estudo, sendo solicitada a indicação do nível de concordância entre cinco categorias de resposta³⁰ para cada uma das proposições, tendo-se o cuidado de indicar aos respondentes a forma de funcionamento preconizada para o seu preenchimento (Almeida & Freire, 2000; Fortin *et al.*, 2006/2009; Moreira, 2004; Tuckman, 1994/2002). A forma como as afirmações foram elaboradas implicaria que ao assinalar as opções *Concordo Totalmente* ou *Concordo* seria assumida uma opinião favorável, a opção *Não Concordo Nem Discordo*

³⁰ Apesar do número de categorias de resposta não ter um limite estabelecido, constata-se que uma adição exagerada de alternativas não corresponde a ganhos efetivos e compensadores, pelo aumento da complexidade que tal facto acarreta, podendo-se referir, a título de exemplo, que o próprio Rensis Likert utilizava habitualmente cinco opções de resposta (Moreira, 2004).

uma opinião neutra, as opções *Discordo* ou *Discordo Totalmente* uma opinião desfavorável.

A opção por uma escala de medida ordinal alicerça-se na possibilidade de utilização de categorias exaustivas e mutuamente exclusivas, cuja ordenação possibilita caracterizar o valor relativo atribuído pelos atores às diferentes proposições apresentadas, não existindo qualquer pretensão de que os intervalos entre as categorias sejam iguais, mas sim classificar as opiniões e representações de cada indivíduo quanto ao fenómeno em estudo. No sentido de complementar a informação obtida, são também apresentadas neste instrumento de recolha de dados questões de resposta simples relativamente às temáticas desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, bem como sobre os recursos tecnológicos aplicados na sua apresentação.

3.3 – Procedimentos de análise

Os procedimentos de análise de dados visam organizar de uma forma sistemática o conjunto das informações obtidas, através dos instrumentos de colheita de dados, consistindo em contemplar, categorizar, tabular ou recombinar as evidências relativamente às proposições iniciais de um estudo (Yin, 2003). Sendo o objetivo da investigação responder à problemática, torna-se necessário interpretar informações para chegar a respostas, perspetivando-se a opção pela análise de dados ou de conteúdo, processo visto como um conjunto de atividades tendentes a reduzir os dados a unidades manejáveis e significativas, estruturar e apresentar os dados, e extrair conclusões que permitam a compreensão do todo.

Segundo Grawitz (1984), podemos entender a análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa que visa uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa dos conteúdos apresentados nas comunicações, com a finalidade de os interpretar. Este procedimento permite impor uma ordem aos dados recolhidos para extrair um sentido a fim de conseguir, essencialmente, uma forma de interpretação de significados a partir de um conjunto de informações, para obter respostas em relação a um problema de investigação, considerando-se uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto (Laville & Dionne, 1997/1999).

Para desenvolver esta técnica é fundamental aplicar uma prática científica rigorosa e exaustiva, utilizando linguagem acessível, para analisar os dados usando métodos explícitos e sistemáticos capazes de estabelecer conclusões e testá-las rigorosamente, possibilitando a sua utilização por outros pesquisadores. Os dados qualitativos apresentam uma grande riqueza de significados e a sua análise e interpretação necessita alicerçar-se no conhecimento do contexto

e das condições em que foram produzidos tornando imprescindível que, a par da transcrição, sejam lembrados os aspetos realçados nos registos que forem sendo efetuados pelo anotador, no caso das entrevistas de grupo (Gil, 1994).

Considerando os objetivos do estudo e a natureza dos dados recolhidos, tornou-se possível elaborar a Matriz de Codificação Global das Entrevistas³¹ (Apêndice VII), tendo em consideração a problemática inerente à pesquisa efetuada. No intuito de proceder à redução dos dados, iniciou-se o processo de categorização das unidades de registo, identificadas nas diferentes entrevistas, importando referir que este processo implicou ter particular atenção relativamente à exaustividade das categorias, permitindo que cada unidade fosse inserida numa delas, que estas cumpram o princípio de exclusão mútua, incluindo-se cada unidade numa só categoria, a sua homogeneidade, elaborando as categorias segundo um critério único de ordenação e classificação, e a sua objetividade e adequação, em relação à problemática e aos objetivos definidos para o estudo (Gil, 1994; Grawitz, 1984; Guerra, 2006).

Esta análise permitiu organizar os dados, dividindo-os em unidades manuseáveis e sintetizá-los, procurando encontrar padrões e desocultar os elementos mais importantes. Aplicando esta metodologia perspetivou-se explicar e compreender a realidade inerente à problemática em estudo, ultrapassando a mera descrição do fenómeno, visando interpretar e explicitar o mesmo, tendo em conta os aspetos contextuais que o influenciam e o seu reflexo em relação aos aspetos particulares, relacionados com as posturas dos atores em relação à tecnologia educativa, num contexto específico da sua aplicação (Bogdan & Biklen, 1994).

Na análise dos dados obtidos através das entrevistas de grupo e das entrevistas individuais utilizou-se o NVivo (Versão 8.0), enquanto *software* de análise qualitativa de dados (QSR International, 2008), que facultou sustentáculos à interpretação dos dados, através dos *reports* e *charts* proporcionados, nomeadamente os *Coding summary report*, *Coding for a source* e *Coding for a node*. Na análise dos dados obtidos através do questionário foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS] (Versão 17.0), enquanto *software* de tratamento estatístico de dados, utilizando-se na interpretação dos dados os *outputs* resultantes (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2000; Silva, 2003), sendo principalmente efetuada análise em termos de estatística descritiva, tendo em consideração o carácter eminentemente confirmatório destes dados, relativamente aos obtidos nas entrevistas.

A inclusão no texto de quadros alusivos às relações estabelecidas, quanto às citações

³¹ No decurso da utilização do *software* de análise qualitativa de dados NVivo (Versão 8.0), a Matriz de Codificação Global das Entrevistas deu origem à construção da *Tree Nodes*.

das entrevistas, sob a forma de Matrizes de Síntese, torna possível estabelecer comparações entre as respostas obtidas, possibilitando uma descrição e análise dos dados que permita avançar para uma fase de explicação e interpretação dos mesmos, atendendo aos significados conferidos às afirmações dos entrevistados nas diferentes questões colocadas, considerando que a investigação de cariz qualitativo dá especial relevância ao significado que os indivíduos atribuem às suas práticas e às situações educativas em que estas se desenrolam (Gil, 1994).

A apreciação desta matriz possibilita estabelecer um processo de comparações, reflexões e sínteses sucessivas das quais resultem conclusões que permitam identificar elementos suscetíveis de inclusão nestas dimensões, possibilitando a comparação entre o material elaborado e o discurso dos atores. Estes procedimentos visam facilitar a agregação e ordenação dos dados recolhidos, tornando possível o estabelecimento de analogias com as informações facultadas pelos entrevistados, considerando neste processo sempre uma perspetiva de interpretação destes dados.

Neste sentido, no final dos capítulos dedicados à análise de cada um dos temas identificados na Matriz de Codificação Global das Entrevistas, com o intuito de facultar uma súmula das principais dimensões que caracterizam as asserções expressas pelos técnicos de saúde e pelos docentes entrevistados, emergentes da análise efetuada, foram elaboradas as respetivas Matrizes de Síntese, onde foram assinaladas as principais linhas de resposta da globalidade dos entrevistados, enquanto atores individuais, e no caso específico das ESE, numa perspetiva de atores coletivos.

3.4 – Procedimentos de verificação

Efetuando uma reflexão criteriosa sobre todos os aspetos definidos, tornou-se previamente possível identificar algumas eventuais limitações ao estudo, podendo estas estar relacionadas com o instrumento de colheita de dados, com a temática abordada e com a metodologia utilizada, pelo que se considerou oportuno definir procedimentos de verificação, que permitam controlar essas mesmas limitações. Relativamente à técnica nuclear de recolha de dados, as limitações que poderiam surgir eram, à partida e de forma genérica, as normalmente atribuídas às entrevistas, nomeadamente a exigência de extrema atenção e preocupação por parte do entrevistador para evitar que se transforme num processo frustrante e aborrecido, implicando também dar especial atenção o facto de se dever evitar adotar atitudes diretivas ou de manipulação dos entrevistados, que resultem no enviesamento dos

resultados obtidos (Richardson *et al.*, 1989).

Considerando também as características do estudo, para se proceder à validação dos dados entendeu-se ser relevante selecionar diferentes estratégias de recolha de dados, no sentido de aceder à informação pretendida, de forma mais ampla, tornando possível a obtenção de dados de forma detalhada e profunda, pois um procedimento aprofundado de pesquisa não deve estar alicerçado apenas numa única modalidade, mas em várias, aplicadas de forma alternada ou simultânea pelo investigador (Costa, 1999).

No sentido de validar os instrumentos de colheita de dados, a entrevista, de grupo e individual, e o questionário, considerou-se ser necessário proceder a um ensaio de validação, realizando entrevistas a indivíduos não pertencentes à população em estudo, mas que reunissem características semelhantes, servindo este procedimento para *limar arestas* e identificar aspetos menos consistentes, que permitam repensar e reorganizar a sua estrutura. A execução desta atividade permitiu, igualmente, treinar a capacidade e a postura do investigador, de forma a melhorar a sua prestação efetiva nestas técnicas de recolha de dados.

Tendo em atenção que uma “abordagem, frequentemente utilizada, consiste em recorrer a peritos para julgar a escolha dos enunciados de um instrumento” (Fortin, 1996/1999, p. 230), no sentido de validar os guiões das entrevistas e o questionário concluiu-se ser importante expô-los a essa mesma consideração, submetendo-os à apreciação e análise dos orientadores da tese de doutoramento, procedendo-se às correções e reformulações necessárias à sua plena aplicabilidade, de acordo com os objetivos pretendidos.

A principal limitação temática que se identificou encontrava-se inerente à problemática que se pretendia estudar, nomeadamente em relação às TIC, pela eventual deformação nas perceções prévias da forma de aplicação destes elementos em atividades de saúde escolar, por parte de alguns sujeitos em estudo. Perante esta perspetiva considerou-se que “um investigador qualitativo rigoroso confirma e volta a confirmar automaticamente os resultados e utiliza vários métodos de recolha de dados para assegurar o rigor e a integridade dos resultados.” (Streubert & Carpenter, 1999/2002, p. 338).

Entendeu-se ser fundamental validar os dados obtidos através de um processo de triangulação³², que possibilita-se a obtenção de diferentes medidas do mesmo fenómeno, utilizando diferentes formas de colheita de dados, para confirmar a sua validade (Fortin,

³² Segundo Patton (2002) a triangulação reforça um estudo pela combinação de vários tipos de métodos ou dados, destacando os quatro tipos definidos por Denzin, em 1978: triangulação de dados, utilizando diversas fontes de dados num estudo; triangulação de investigadores, envolvendo vários investigadores ou avaliadores; triangulação de teorias, aplicando múltiplas perspetivas para interpretar um único conjunto de dados; triangulação de métodos: empregando diferentes métodos ou técnicas para efetuar o estudo de um problema.

1996/1999; Gil, 1994; Miles & Huberman, 1994; Patton, 2002), triangulando os dados obtidos através da técnica nuclear com os obtidos com os métodos complementares, no sentido de verificar a sua congruência e fiabilidade, consolidando os resultados obtidos com o estudo realizado. Considerou-se pertinente a utilização desta estratégia, que coloca em comparação os dados obtidos através de diferentes processos de recolha, num mesmo contexto de estudo, atendendo que a triangulação constitui um ponto de articulação dos diversos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo facto.

Em termos de limitações metodológicas, estas podiam-se relacionar com os procedimentos de recolha, análise e verificação dos dados, pelo que se perspetivou a necessidade de estruturar de forma consistente as atividades a desenvolver, no sentido de permitir verificar a consistência dos dados recolhidos, de modo a obter conclusões credíveis, operacionalizando os diferentes procedimentos de forma apropriada, prevenindo os efeitos perniciosos destas limitações inerentes. Desta forma, considerou-se importante desenvolver um procedimento de validação dos códigos atribuídos, testando-se a fidelidade inter-codificadores (Vala, 1999), através da reflexão e análise crítica dos procedimentos com os orientadores da tese de doutoramento e com colegas que efetuaram estudos utilizando a mesma metodologia, visando a adequação dos procedimentos e dos códigos definidos, para evitar enviesamentos ou distorções de ordem individual.

Ao nível das considerações éticas subjacentes a este projeto de investigação, o aspeto que se perspetivou como principal, já mencionado, estaria relacionado à inerência da manutenção da confidencialidade³³ dos atores que nele participaram, pois sendo selecionadas técnicas de recolha de dados que privilegiam a interação direta entre o investigador e os participantes no estudo, esta garantia poderia permitir obter respostas mais pormenorizadas e fidedignas. Outro fator relaciona-se com a eventual existência de aspetos relacionados com os programas de saúde escolar que estejam sujeitos a sigilo profissional, pois podem-se reportar a estilos de vida, considerados como conjuntos de comportamentos que, embora sejam o verdadeiro objeto da educação para a saúde, deverão ser respeitados no seu carácter particular e na sua individualidade (Costa & López, 2008).

³³ Assumindo o respeito pela confidencialidade (Fortin, 1996/1999; Streubert & Carpenter, 1999/2002; Tuckman, 1994/2002), optou-se por utilizar ao longo deste trabalho códigos alfa numéricos, no caso dos técnicos de saúde que integram as equipas de saúde escolar (Exemplo: E1 SEA1 – Elemento 1 da Equipa de Saúde Escolar da UCC A1) e dos docentes coordenadores da educação para a saúde dos agrupamentos / escolas (Exemplo: CEPS EA1 – Coordenador da Educação para a Saúde da Escola A1).

Capítulo 1

Tecnologia educativa: Explorando novos espaços na educação

*"On nous dit qu'il faut intégrer les technologies nouvelles de la communication pour transformer l'éducation. Mais, tout aussi bien, il nous semble qu'il faut commencer par transformer l'éducation pour qu'il soit possible d'y intégrer ces technologies."*³⁴

(Gérard Mottet)

³⁴ "Dizem-nos que devemos integrar as novas tecnologias da comunicação para transformar a educação. Mas, de igual modo, parece-nos que devemos começar por transformar a educação para que seja possível integrar essas tecnologias." (tradução do autor).

1 – Tecnologia educativa: Transpondo as TIC para a educação

O desenvolvimento do conhecimento e das capacidades do ser humano, que se vêm verificando ao longo dos tempos, faz-se essencialmente à custa de um conjunto de condições que são características ao Homem, a inteligência, a criatividade e a vontade, não podendo este potencial manifesto deixar de ser considerado, num momento em que a humanidade se depara com um amplo conjunto de exigências de âmbito tecnológico, social e económico, que promovem a sua própria evolução. As TIC, oferecendo aos utilizadores um vasto conjunto de potencialidades, como utensílios que facilitam e fomentam o acesso e a difusão da informação e do conhecimento, são cada vez mais uma presença constante na comunidade, oferecendo ferramentas a que todos se vão progressivamente habituando e integrando no quotidiano, assistindo-se atualmente a múltiplas transformações sociais, amplamente facultadas pelo desenvolvimento tecnológico e pela sua incorporação na sociedade (Martínez, 2007).

Constituindo uma verdadeira revolução nas conceções vigentes, pelo potencial manifesto enquanto instrumentos que permitem criar novas modalidades de comunicação, possibilitam estabelecer novas formas de interação entre os indivíduos, bem como o acesso e o processamento da informação de forma dinâmica, com reflexos evidentes nos sistemas de construção dos saberes. Não se podendo, na realidade quotidiana, conceber o mundo sem os recursos informáticos e de tratamento da informação aplicados diariamente, perspetiva-se que os conhecimentos e competências a desenvolver e integrar, pelos membros da sociedade atual e futura, convergem de forma inequívoca para o aperfeiçoamento e expansão da utilização das TIC, aumentando eventualmente a dependência do ser humano em relação às mesmas.

O sentimento existente de se ser, atualmente, um cidadão do mundo resulta principalmente do alcance, em termos globais, dos meios de comunicação que se encontram disponíveis, podendo-se considerar que hoje se está sujeito a uma ordem de informação internacional, baseada num sistema global de produção, distribuição e consumo de matéria informativa. A tecnologia educativa emerge, desde o início das transformações que ocorrem neste contexto, de forma natural através da constatação, por demais evidente e irreversível, de que os desenvolvimentos tecnológicos, no âmbito da informação e da comunicação, têm por si só um potencial eminentemente educativo, podendo confundir assim, de modo até um pouco

rápido, a inovação tecnológica com a inovação educativa (Mottet, 1983).

“Num mundo de espantosas mudanças tecnológicas, ninguém pode ter a certeza daquilo que o futuro reserva. O que é certo é que os desenvolvimentos nas tecnologias dos meios de comunicação social estão no centro dessas mudanças.” (Giddens, 1997/2000, p. 475).

1.1 – Conceptualização das TIC e da tecnologia educativa

Vivemos numa era de mudanças rápidas, onde as TIC desempenham cada vez mais um papel central em todas as áreas de nossas vidas, tendo, em boa verdade, uma influência fundamental relativamente ao funcionamento global das sociedades, influenciando significativamente as suas dimensões de intervenção, sejam elas económicas, sociais ou culturais. Com elas tudo muda, a forma de ensinar, de viver, de aprender, de trabalhar e de aceder à informação, tornando-se em poucos anos e de forma crescente em todos os continentes um elemento essencial do quotidiano (Karsenti, Komis & Depover, 2009).

A explicitação e clarificação de uma terminologia como *Tecnologias da Informação e da Comunicação* não se configura uma tarefa fácil, malgrado ser um conceito hoje amplamente adotado e integrado, de forma quase global. O simples facto de se englobar no mesmo campo de ação noções como *tecnologia*, *informação* e *comunicação* poderá tornar complexa e intrincada a sua conceptualização, constatando-se existirem diversas definições, utilizadas por diferentes autores. Para clarificar esta noção, central à reflexão e análise que se pretende desenvolver, considerou-se as perspetivas de Adell (1997), Cabero (1996) e, posteriormente, Azinian (2009), conceptualizando-se *Tecnologias da Informação e da Comunicação* como o conjunto de processos e produtos derivados das novas ferramentas (*hardware* e *software*), suportes da informação e canais de comunicação, com vista ao seu tratamento e acesso, relacionados com o armazenamento, processamento e transmissão digitalizada da informação.

Igualmente Damásio alerta para a dificuldade de encontrar uma concertação exata na forma de nos referirmos a um conceito que engloba um núcleo de tecnologias com uma base tecnológica e social comum, adotando a terminologia *Tecnologias da Informação e da Comunicação* “para nos referirmos a este conjunto de artefactos, actividades comunicacionais e arranjos sociais, (...) porque é esta a expressão que melhor traduz as diferentes camadas destas tecnologias e o seu processo de genealogia histórica” (2007, p. 69). Miranda aponta a redundância do termo *Novas Tecnologias da Informação e Comunicação*, considerando que a menção à novidade em nada contribui para a delimitação ou clarificação do conceito, dado

que tudo aquilo que é hoje novo deixará de o ser amanhã, considerando que o conceito de *Tecnologias da Informação e da Comunicação* se refere “à conjugação da tecnologia computacional ou informática com a tecnologia das comunicações e tem na Internet e mais particularmente na *World Wide Web* (WWW) a sua mais forte expressão” (2007, p. 43).

Estes conceitos podem-se explicitar pela identificação de alguns aspetos concretos, com os quais podemos qualificar as TIC³⁵ (Figura n.º 5), sendo por demais evidente que os progressos científicos e tecnológicos, das mais diferentes áreas de saber, constituem os elementos-chave destas tecnologias, numa era que se caracteriza pelo poder do conhecimento e da informação, requerendo por tanto que se aprendam a usa-las, e o seu potencial inerente, para processar informação, o elemento base do desenvolvimento atual (Rodríguez, 2000).

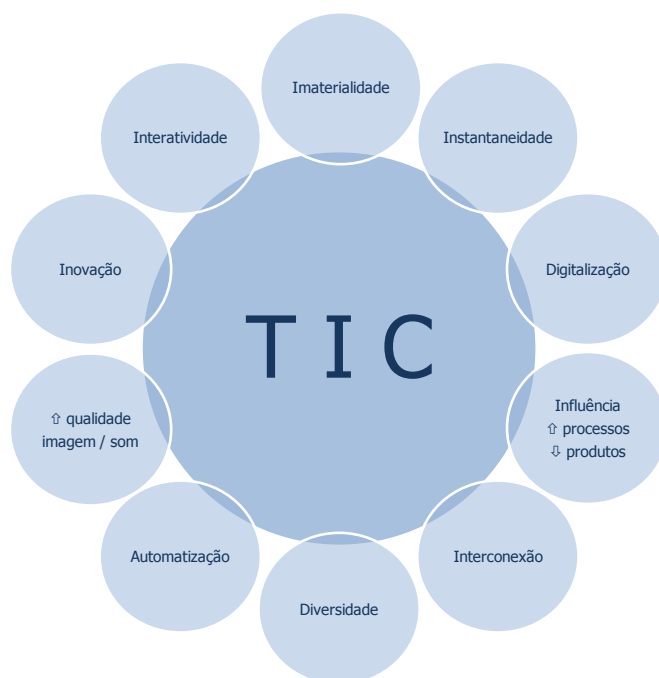


Figura n.º 5 – Características distintivas das TIC (Fonte: adaptado de Cabero, 1996)

Mais recentemente, a análise efetuada às diferentes propriedades de carácter infraestrutural e social das TIC (Damásio, 2007), a interatividade, a ubiquidade, o carácter numérico, o carácter recombinação, o carácter individualizante e o carácter variável, leva ao entendimento de que estas tecnologias não se poderão classificar considerando apenas um

³⁵ Quanto às suas características mais específicas, as propostas de autores como Castells *et al.* (1986), Cebrián Herreros (1992) e Gilbert *et al.* (1992), levam a sintetizá-las nas seguintes: imaterialidade, interatividade, instantaneidade, inovação, elevados parâmetros de qualidade de imagem e som, digitalização, influência mais sobre os processos que sobre os produtos, automatização, interconexão e diversidade (Cabero, 1996).

fator ou variável, sendo fundamental refletir no conjunto das suas propriedades enquanto instrumentos de mudança social (Figura n.º 6).

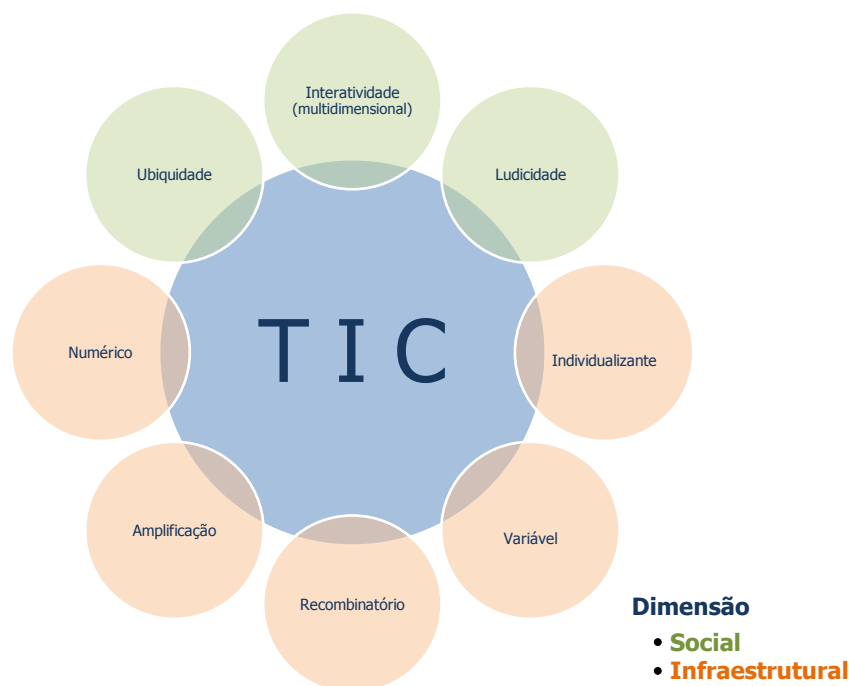


Figura n.º 6 – Propriedades das TIC como instrumento (Fonte: adaptado de Damásio, 2007, p. 100)

No caso de algumas das suas propriedades sociais, como a interatividade e a ubiquidade, estas não serão exclusivas deste âmbito, podendo ser englobadas nos aspetos lúdicos do uso social destas tecnologias. Já as propriedades de carácter infraestrutural permitem diferenciar as TIC relativamente a outras tecnologias, principalmente tendo em consideração as lógicas centradas na experiência do utilizador. Importa também referenciar o seu poder de amplificação, latente no aumento da capacidade individual de comunicar, resultante da conjugação das restantes propriedades já mencionadas.

“As propriedades infra-estruturais que promovem a representação de conteúdos, a descrição do ambiente de utilização e a adaptação dos conteúdos informativos e comunicacionais, são cruciais para uma concepção que sustente a necessidade do uso válido da tecnologia em contextos formativos. Mas estas propriedades não podem produzir quaisquer resultados se não integrarem as propriedades sociais que validam o interesse de uso das TIC em qualquer contexto, nomeadamente no educativo.” (Damásio, 2007, p. 100-101).

Considerando que as repercussões das TIC ultrapassam as meras modificações nas formas de comunicar e obter informação, determinando alterações de natureza quotidiana que englobam a Educação, Marquès (1999) conceptualiza *Tecnologia Educativa* como a teoria e a

prática de planeamento e desenvolvimento, seleção e utilização, avaliação e gestão dos recursos tecnológicos aplicados aos processos educativos, definição em que os recursos tecnológicos constituem o núcleo fundamental. Atualmente vem-se verificando, no âmbito da tecnologia educativa, uma clara reformulação nas perspetivas que lhe estão associadas. Estas modificações conceptuais surgem em consequência do aparecimento de novos paradigmas relacionados com as ciências sociais e com a construção curricular de natureza crítica, bem como com a necessidade de permanente evolução e aperfeiçoamento técnico, ocasionado pela constante revolução impulsionada pelas TIC (Area, 2009).

Estas mudanças formativas emergem das intensas transformações internas sofridas pelas ciências e disciplinas nas quais eminentemente se alicerça, como é o caso da pedagogia, da psicologia ou das teorias da comunicação, emergindo uma conceção de aprendizagem que rompe com a mera modificação de condutas, privilegiando a promoção de estruturas cognitivas adquiridas por intermédio da experimentação. Assim, *Tecnologia Educativa* pode-se também entender como a integração da tecnologia na educação, considerando três grandes áreas: a *tecnologia na educação*, englobando os diversos instrumentos, processos, documentos e suportes materiais utilizados com fins pedagógicos; a *tecnologia da educação*, relacionada com o estudo das diferentes formas de organizar e mobilizar os recursos disponíveis; a *educação em si como uma tecnologia*, construindo um ambiente educativo em que a transmissão do conhecimento seja feito através de tecnologias reais (Mottet, 1983).

Considera-se assim este conceito como multidimensional, envolvendo metodologias sistemáticas de aplicação do conhecimento, com o propósito de encontrar soluções replicáveis para os problemas inerentes ao ensino e à aprendizagem, através do desenvolvimento de processos e produtos, implicando a intervenção de uma equipa multidisciplinar técnica e pedagógica, e do estudo formal sobre estes aspetos, que levam à sua qualificação como uma especialidade académica no âmbito mais alargado do campo da educação (Hackbarth, 1996). Adell (1997) destaca as transformações originadas pelas TIC, ao promoverem uma nova visão do conhecimento e da aprendizagem, que chocam frontalmente com uma série de conceções e crenças fortemente estabelecidas relativamente à escola e ao ensino, originando uma perspetiva que implica uma mudança nos papéis desempenhados pelas instituições e pelos participantes nos processos de ensino-aprendizagem, bem como na dinâmica de criação e disseminação do conhecimento e em muitas das prioridades estabelecidas nos currículos vigentes.

As perspetivas de Lal (2005) e Yadav (2003) apontam para uma conceção de *Tecnologia Educativa* que, no seu sentido global, inclui todos os processos de definição de

objetivos, as reformas contínuas do currículo, o desenvolvimento dos novos métodos e materiais educativos, a avaliação do sistema como um todo integrado e a redefinição dos objetivos, com base nos resultados obtidos através da avaliação e da inovação. Esta perspetiva ampla engloba a aplicação sistemática dos recursos do saber científico aos processos por que cada indivíduo tem que passar, para adquirir e utilizar o conhecimento. O termo *Tecnologia Aplicada à Educação* poderá ser considerado como sinónimo de *Tecnologia Educativa*, sendo conceptualizado como a aplicação da tecnologia, “qualquer que ela seja, aos processos envolvidos no funcionamento da educação, incluindo a aplicação da tecnologia à gestão financeira e administrativa ou a outro qualquer processo, incluindo, como é óbvio, o processo educativo ou instrutivo propriamente dito” (Miranda, 2007, p. 43).

Esta área de intervenção estaria não apenas ligada aos recursos e aos avanços técnicos mas, sobretudo, aos processos que determinam e melhoram a aprendizagem, onde se podem integrar recursos tecnológicos como a Internet, sendo o seu uso educativo e o do computador considerado um subdomínio da tecnologia educativa. Recentemente, Area (2009) e Cabero (2007a) apontam um conjunto de proposições que permitem definir *Tecnologia Educativa* como um espaço de conhecimento pedagógico sobre os meios, a cultura e a educação, sendo uma área disciplinar que se dedica ao estudo dos processos de formação e transmissão cultural, mediados de forma tecnológica em contextos educacionais distintos, levando o atual interesse nesta área, face à sua evolução constante, à integração no processo educativo de diverso *software* informático didático, construindo um contexto pedagógico que permite experiências de interação e faculta novas metodologias de formação.

O uso sustentado dos recursos tecnológicos no ensino pode potenciar a sua eficácia, incrementando o conhecimento científico, através de uma utilização dinâmica que favoreça a conceção e produção de ambientes de aprendizagem mais complexos e mobilizadores do desenvolvimento das competências dos formandos, através da articulação dos conteúdos lecionados, dos métodos de ensino utilizados, da flexibilidade na sequenciação das ações de formação, integrando-se nos mais diferentes contextos de aprendizagem (Arco, 2009). Torna-se possível oferecer aos formandos múltiplas representações da realidade, para que possam aperceber-se da sua complexidade, de forma contextualizada, possibilitando uma aprendizagem emergente da experiência e de situações concretas, possibilitando a posterior transferência dos conhecimentos com base na perceção dos fatores nestas envolvidos, permitindo estabelecer como princípio fundamental não apenas a reprodução do conhecimento, mas uma aprendizagem significativa ancorada na sua construção.

A *Tecnologia Educativa* pode, desta forma, ser atualmente (re)conceptualizada como um espaço intelectual pedagógico, cujo objeto de estudo são os meios de formação e as TIC, enquanto formas de representação, difusão e acesso ao conhecimento e à cultura em distintos contextos formativos, como a escolaridade obrigatória, a educação não formal, a educação formal, a educação à distância e o ensino superior (Area, 2009).

Evolução da Tecnologia Educativa como Disciplina	
Raízes da disciplina	<ul style="list-style-type: none">• Formação militar norte-americana nos anos 40 (Séc. XX)
Anos 50 e 60 (Séc. XX)	<ul style="list-style-type: none">• Fascinação pelos audiovisuais• Influência comportamentalista
Década de 70 (Séc. XX)	<ul style="list-style-type: none">• Influência técnico-relacional no desenvolvimento e avaliação do ensino
Anos 80 e 90 (Séc. XX)	<ul style="list-style-type: none">• Crise da perspetiva tecnocrática sobre o ensino• Interesse nas aplicações das tecnologias digitais
Início do Séc. XXI	<ul style="list-style-type: none">• Ecletismo teórico• Influência das concepções pós-modernas

Quadro n.º 3 – Síntese da evolução da tecnologia educativa (Fonte: adaptado de Area, 2009, p.15)

1.2 – Desafios e tendências no quotidiano: Potencialidades e limitações da tecnologia educativa

Os debates relativamente à tecnologia e à sua introdução nas instituições são, pelo menos, tão antigos como a Revolução Industrial, pois já então os defensores da industrialização acreditavam que a tecnologia iria fornecer a solução para todos os problemas da sociedade, enquanto muitos outros não estavam tão otimistas quanto aos seus benefícios, envolvendo-se por vezes estas fações em conflitos, que chegavam a atingir proporções violentas. Atualmente o debate sobre a tecnologia educativa dificilmente atingirá estas proporções, no entanto os argumentos apresentados são surpreendentemente familiares.

Muitos dos seus defensores encaram-na como um modo de aumentar a produtividade da escola, através da redução do papel dos formadores e pela eliminação do carácter físico da sala de aula. Sem surpresa, os seus oponentes apoiam-se na ideia de que a tecnologia poderia levar à perda de importância da escola, encarando essa situação como extremamente negativa, sendo também argumento frequente que o incremento dos recursos tecnológicos iria diminuir

as oportunidades de socialização e troca de ideias entre os alunos (Wenglinsky, 2005).

A partir do momento em que foram introduzidos recursos informáticos ao nível da educação, que existem sinais progressivos na sua incorporação nas atividades formativas por utilizadores frequentes, aplicando-os na realização de materiais didáticos, na elaboração de esquemas, no uso do correio eletrónico e na construção de *sites* de cariz didático, promovendo o uso do computador em sala de aula, a realização de projetos multimédia e outras aplicações da tecnologia na atividade educativa diária. Encarando estes recursos como um elemento potenciador da aprendizagem, estes utilizadores sentem a sua falta, visto terem incorporado na sua prática as suas reais potencialidades.

Outras aplicações, daqueles que se podem apelidar de utilizadores ocasionais, englobam o emprego da tecnologia em atividades administrativas (preenchimento de grelhas de avaliação, elaboração de relatórios ou apontamentos) ou de formação (encarando os recursos informáticos como meros meios de reprodução, gravação e projeção). Dando um valor mais marginal do que central aos meios tecnológicos na sua prática, estes utilizadores não os encaram como essenciais, adaptando-se facilmente à sua ausência. Existem também aqueles que, independentemente de terem ou não acesso aos meios tecnológicos, raramente ou mesmo nunca encararam a sua aplicação na educação. A ausência destes recursos no contexto formativo é por eles encarada como natural, não lhes atribuindo grande importância relativa, no que concerne aos reflexos educativos (Cuban, 2001b).

Muitas explicações poderiam ser apresentadas relativamente à ampla variação do nível da utilização da tecnologia educativa, por partes dos formadores, bem como da por vezes lenta introdução dessas tecnologias nos contextos educativos, tendo em conta as progressivas políticas de informatização, ampla e rápida, dos mesmos, mas talvez a justificação seja bem familiar e já muitas vezes utilizada no passado, para o abandono de novas metodologias: a resistência a inovações que irão modificar as rotinas diárias ou ameaçar a estrutura de funcionamento profissional. No entanto, é indubitável o facto de que as TIC facilitam e aumentam o acesso a informações ou a outros recursos, que anteriormente era mais dificultado, pois em poucos *cliques* permitem encontrar documentos, tornando mais eficiente a pesquisa, em qualquer etapa de um procedimento formativo (Karsenti *et al.*, 2009).

Estas são reais possibilidades que a tecnologia educativa pode e deve explorar, contribuindo para melhorar a eficácia do desenvolvimento dos processos educativos, facultando um acesso global a situações de aprendizagem, sem sair dos espaços de formação. Considerando que, no seu sentido lato, a tecnologia educativa debruça a sua intervenção nos

processos formativos, existe um conjunto de tarefas às quais se terá que dedicar, imprescindivelmente, alguma atenção (Pereira, 1995):

- Reconsiderar os modelos de comunicação vigentes;
- Refletir sobre a articulação teoria / prática pedagógica;
- Repensar a relação entre a sociedade, a aprendizagem paralela e a prática pedagógica;
- Reconsiderar a sala de aula como espaço de várias linguagens e vários contextos;
- Redefinir a função de formador face à riqueza da aprendizagem paralela e às exigências múltiplas das ciências da educação;
- Reconciliar as teorias de aprendizagem, de carácter descritivo, com as teorias de ensino, de carácter prescritivo.

Ao longo do tempo tem-se verificado que a estratégia, normalmente mais utilizada, de englobar a tecnologia nas atividades formativas sem alterar as correntes práticas educativas, não produz resultados adequados nas aprendizagens desenvolvidas. Existindo várias razões para explicitar a situação, duas poderão ser bastante relevantes, a falta de capacitação revelada por grande parte dos formadores na utilização das tecnologias, principalmente das computacionais, tendo por base a opinião manifesta de que os principais obstáculos ao seu uso nas práticas educativas são a falta de recursos e de formação; a inclusão inovadora das tecnologias exige um esforço de reflexão e transformação das concepções e das práticas de ensino, não estando muitos formadores disponíveis para tal, tendo em conta o empenho, persistência e dedicação que são necessários para alterar estas situações.

Às atitudes que urge desenvolver para melhorar a implementação da tecnologia educativa, por parte dos intervenientes nos contextos de formação, associa-se a desmistificação de uma concepção algo lírica relativamente aos processos que alavancam a aprendizagem e a construção do conhecimento, no que respeita à utilização da tecnologia nos processos formativos. “Pensam que é suficiente colocar os computadores com algum *software* ligados à Internet nas salas de aula que os alunos vão aprender e as práticas se vão alterar. Sabemos que não é assim.” (Miranda, 2007, p. 44).

Neste processo é fundamental que os formadores utilizem as tecnologias, em conjunto com os formandos, como instrumentos essenciais para tratar e representar a informação, explorando as potencialidades existentes nos atuais sistemas englobados neste âmbito, para apoiar os estudantes a construir conhecimento significativo, considerando a aprendizagem como um processo (re)construtivo, cumulativo, autorregulado e intencional, mas também situado e colaborativo, e para desenvolver projetos, integrando e não

acrescentando pouco criteriosamente as tecnologias aos conteúdos formativos e currículos.

Apesar das dificuldades presentes no desenvolvimento da tecnologia educativa, nas quais se incluem algumas frustrações sentidas por aqueles que procuram a sua implementação, a impressão geral é que existem algumas áreas onde os progressos já obtidos nesta área são já bastante expressivos, sendo importante o seu reforço e consolidação, tornando relevante reforçar que estas áreas de progresso da tecnologia educativa, por si só, não poderão ser encaradas como garantia do seu desenvolvimento, que irá requer sempre uma ação concertada e sistemática com vista à obtenção de ganhos no processo educativo. Embora constatemos que o conceito de tecnologia educativa não pode ser considerado novo no campo da formação, tendo já um percurso amplo e consolidado, como se prova pelas suas áreas de progresso efetivo, Lal (2005) e Yadav (2003) destacam alguns fatores significativos, pelas mudanças que originaram nas conceções de ensino:

- Crescente influência da ciência, do conhecimento científico e das competências educativas;
- Expansão dos recursos auxiliares de ensino audiovisuais, que requerem um enquadramento pedagógico que promova a sua adequação e rentabilização (abordagem multimédia da educação);
- Desenvolvimento de abordagens educativas programadas;
- Aumento do acesso ao conhecimento, factos e cenários reais;
- Revolução do ensino e desenvolvimento renovado da pedagogia;
- Ressurgimento da teoria de sistemas;
- Expansão da difusão tecnológica do ensino e da informática.

Sendo fundamental agrupar e racionalizar as ideias já apresentadas, pode-se afirmar que, fruto das evoluções tecnológicas que se vêm produzindo, a informação tem-se tornado cada vez mais acessível e transmissível, incluindo as competências a desenvolver num processo de formação, a capacidade de utilizar a tecnologia para aceder, analisar, filtrar e organizar fontes de informação multidimensionais, constatando-se que a integração da tecnologia na educação tem constituído, muitas vezes, um processo desafiante, frustrante, consumidor de tempo e dispendioso, levando muitas vezes a considerar se vale realmente a pena este esforço. Apesar das evidências que indicam que a tecnologia contribui para melhorar os resultados de aprendizagem, tem havido alguma cautela numa afirmação categórica desta natureza, por existir algumas evidências que permitem presumir que resultados do mesmo nível podem ser obtidos em atividades de formação em que estes

recursos não são aplicados.

Será evidente que a utilização de tecnologias no ensino apresenta benefícios positivos, mas estes dependem, evidentemente, da forma como sejam utilizadas, de outra forma poderão produzir mais prejuízos que vantagens, reforçando-se a necessidade fundamental de uma preparação efetiva dos formadores, no âmbito da tecnologia educativa (Barron, Orwig, Ivers & Lilavois, 2002). O facto de, por vezes, se querer integrar a todo o custo uma determinada tecnologia na educação, pode levar a encará-la apenas numa lógica formulada a partir de uma matriz educativa, envolvendo toda uma pressão hegemónica relativamente a esse recurso tecnológico que leva à ambiguidade relativamente à sua lógica real, que poderá ter sido formulada num campo social mais vasto, sendo o reconhecimento da diferença, entre o propósito inicial de uma determinada tecnologia e a sua aplicabilidade educativa, o primeiro passo para uma utilização pedagógica que permita explorar adequadamente as interações, convergências e complementaridades que esse recurso possa proporcionar (Quadro n.º 4).

Educação	Tecnologia da Comunicação
Conhecimento <ul style="list-style-type: none"> • valorização do que é permanente, estável, comprovado 	Informação <ul style="list-style-type: none"> • notícias de atualidade, investigação de problemas, levantamento de situações, encenação, surpresa e choque
Processo de aprendizagem <ul style="list-style-type: none"> • esforço, aprofundamento, gradualidade, duração 	Contemplanção <ul style="list-style-type: none"> • facilidade, superficialidade, sensação de aprender sem esforço
Razão / discurso lógico <ul style="list-style-type: none"> • raciocínio dedutivo, abstração, linearidade, espírito analítico 	Imaginário / sensação <ul style="list-style-type: none"> • intuição, dimensão tátil e visual, apelo ao inconsciente

Quadro n.º 4 – Lógica educativa *versus* lógica da tecnologia de comunicação (Fonte: adaptado de Pinto, 1995, p. 116)

Existem, no entanto, claros benefícios da aplicação da tecnologia educativa, dos quais Barron *et al.* (2002) destacam os seguintes:

- *Eficácia educativa*: aumento do empenho formativo através de formação assistida por computador, sistemas tecnológicos de aprendizagem integrada, simulações e *software* que ensina a pensar com uma maior ordem de grandeza, tecnologias colaborativas em rede e tecnologias de programação;
- *Aprendizagem ativa*: tecnologias interativas que promovam um ambiente estimulante,

favorecendo o envolvimento no processo de aprendizagem;

- *Pensamento crítico*: promoção de um nível mais elevado de competências de raciocínio através do uso da tecnologia e da sua estrutura de funcionamento;
- *Individualização*: desenvolvimento de diferentes formas e de ritmos diferenciados de aprendizagem;
- *Motivação*: incremento da aprendizagem através de processos mais estimulantes e relevantes, que representem desafios constantes;
- *Flexibilidade para indivíduos com necessidades especiais*: estratégias de apresentação adaptadas oferecem benefícios para os indivíduos com limitações e os equipamentos adaptados permitem alternativas funcionais, relativamente às suas necessidades;
- *Aprendizagem corporativa*: atividades bem estruturadas neste âmbito podem fomentar o desenvolvimento de competências de liderança, sentido de trabalho em equipa e da autoestima;
- *Competências de comunicação*: reforçadas através da utilização da tecnologia em pequenos grupos e da interação através de recursos de telecomunicação na formação;
- *Transferência multissensorial*: fornecimento de informação através de diferentes canais sensoriais, permitindo assimilar e aplicar conhecimentos a indivíduos com estilos de aprendizagem diversos;
- *Educação multicultural*: expansão das dimensões do espaço educativo através das telecomunicações, conectando indivíduos a nível nacional e internacional.

Pode-se concluir que os sistemas educativos necessitam implementar algumas evoluções, para que estejam à altura dos desafios que se colocam atualmente, envolvendo os formadores na adoção e implementação das tecnologias, integrando-as em modelos pedagógicos adequados, o que implica um desenvolvimento acrescido das suas capacitações, para além de melhores condições para o desenvolvimento da sua atividade, redução do número de formandos por grupo, adequação da rede formativa, interconectar os sistemas tecnológicos utilizados nos níveis básico, secundário e superior, ampliar e aprofundar os sistemas de ensino à distância e modernizar os programas de formação ao longo da vida, a fim de combater o fosso geracional no domínio da tecnologia educativa (Castells, 1999/2001).

Em pleno Séc. XXI seria importante que todos estudantes se sentissem confortáveis na utilização das tecnologias, sendo essencial que as instituições educativas consigam facultar as competências culturais e informacionais necessárias para o seu uso adequado, mormente no que se relaciona com o acesso a informações relevantes, bem como a capacidade de gerar

conhecimento, através de processos contínuos de reprogramação de competências, de acordo com as atividades desenvolvidas e o contexto em que ocorrem. Estes serão os principais motivos, pelos quais o investimento em tecnologia destinada à educação deveria incluir, entre os elementos necessários, um claro investimento em tecnologia educativa, ou seja um claro incremento no desenvolvimento de estratégias pedagógicas baseada nas TIC e na sua implementação na rede educativa, uma vez que representam capacitações essenciais na atual sociedade da informação e do conhecimento, que importam continuar ainda a desenvolver.

1.3 – Refletindo a dimensão educativa da tecnologia

Toda a história das tecnologias está intimamente ligada à história da educação, pois já antes do caderno, do giz e do quadro, eram conhecidas e utilizadas na antiguidade várias estratégias para construir dispositivos técnicos que facilitassem a aprendizagem. As possibilidades oferecidas pela imagem e pelos seus meios de divulgação foram fundamentais na difusão do conhecimento. Primeiro a imagem tradicional, produzida em iluminuras e nos vitrais utilizados, em seguida a imagem impressa, a partir do Séc. XVI, utilizada em placas, divisórias, documentos, e a imagem projetada, através da *lanterna mágica* e de diapositivos.

A partir do Séc. XX, a imagem e a indústria de produção audiovisual, fotografia, rádio, cinema e televisão, integraram progressivamente a sua influência nos sistemas educativos, tal como aconteceu depois com os documentos digitais, sonoros, gráficos e icónicos, e mais recentemente com o *software* de aprendizagem, simulação e produção, a transmissão através de redes digitais e novas formas de documentos informáticos, hipertexto e ecrãs multimédia. Dependendo do tempo e do lugar, duas abordagens diferentes têm sido a fonte da ligação entre o processo de ensino e as técnicas de comunicação, considerando que ambos foram concebidos como um instrumento de divulgação e eram vistos como um objeto de conhecimento (Ollivier & Thinbault, 2004):

- As técnicas de comunicação têm sido usadas principalmente para diversificar os modos de transmissão de conteúdos, a imagem foi usada para ilustrar, para substituir o original, o correio, o rádio e a televisão foram originalmente destinados a dar conhecimento de acontecimentos, o computador foi utilizado para simular situações, armazenar quantidades maciças de dados de qualquer tipo e garantir a sua divulgação;
- Atualmente estas técnicas tornam-se objetos educativos pois, tal como os sofistas gregos ensinavam a falar e escrever de forma eficaz, as atuais organizações de

formação têm uma obrigatoriedade cívica de facultar aos seus estudantes capacitações para a utilização do computador, leitura de uma imagem ou navegação na Internet.

Pode-se, inclusive, considerar que “Se a primeira Revolução Industrial foi britânica, a primeira revolução da Tecnologia de Informação foi norte-americana, com um acento californiano.” (Castells, 1996/2002, p. 75), sendo em ambos os casos importante o papel assumido por entidades de outros países, dos âmbitos científico e industrial, quer na descoberta quer na disseminação das tecnologias associadas a estas revoluções. No caso da Revolução Industrial, a França e a Alemanha constituíram fontes essenciais de aptidão para implementação dos recursos que se encontravam associados a este fenómeno, na área da tecnologia, sobretudo associada à eletrónica e à biologia, a principal base de desenvolvimento teve origem em Inglaterra, França Alemanha e Itália, sendo depois a capacidade e o engenho das empresas do Japão, fatores fundamentais para o incremento da produção e massificação de componentes eletrónicos e consequente penetração das tecnologias a nível global.

O sector tecnológico evolui, atualmente, como um todo unificado, rumo a uma progressiva interpenetração, parceria estratégica e formação de redes entre empresas internacionais, tornando a distinção do desenvolvimento neste campo, em termos de nacionalidade, cada vez menos importante (Cuban, 2001b). Será neste terreno que se desenvolve e implementa a tecnologia educativa, numa perspetiva de adaptação mútua entre tecnologia e prática formativa, apoiada numa ótica de mudança que se assume para além da utilização de equipamentos ou fragmentos de *software*, invocando a importância da sua adaptação às reais necessidades e desafios do quotidiano.

Este contexto leva a que se torne pertinente refletir e analisar as perspetivas teóricas que se encontram na génese do desenvolvimento conceptual da tecnologia educativa, articulando-o com os sistemas socioeducativos em que se insere, caracterizados por objetivos orientados para a resolução de problemas utilizando ferramentas, técnicas, teorias e métodos emergentes de múltiplos saberes e domínios, com vista a projetar, desenvolver e avaliar os recursos humanos e materiais de forma eficiente e eficaz, com o fim de alavancar as diferentes dimensões da aprendizagem, orientando a mudança e as práticas educativas, com vista a contribuir para influenciar a mudança social (Luppichini, 2005).

2 – Efeito catalisador da tecnologia educativa: Modificações socioeducativas

O papel das tecnologias na configuração social, cultural e educativa quotidiana emerge sem que nos apercebamos conscientemente da sua importância, exceto quando nos faltam por qualquer motivo deixando-nos sem acesso aos serviços por elas facultados, não podendo ser questionado o facto de que “Hoje em dia, máquinas mais semelhantes a seres vivos povoam as nossas secretárias, a ciência da computação usa conceitos biológicos, e a biologia humana é reformulada em termos de decifração dum código.” (Turkle, 1995/1997, p. 37). No caso da tecnologia educativa, para além da percepção da sua evolução histórica e dos principais conceitos que lhe estão associados, a análise e reflexão quanto aos seus processos e princípios conceptuais, constitui um elemento essencial para a compreensão efetiva dos procedimentos formativos que envolvem a sua utilização, contribuindo igualmente para melhorar a ação educativa, a produção de materiais pedagógicos e o desenvolvimento de modelos estratégicos mais adequados aos atuais contextos formativos.

As bases tradicionais de suporte da tecnologia educativa vêm evoluindo e adaptando-se, com base em novos paradigmas centrados na aprendizagem, mas sendo certa a necessidade de novos fundamentos também é a de evolução paradigmática, incorporando o conhecimento facultado pelos modelos teóricos de suporte, mas considerando sempre a sua reestruturação contínua e substancial, face aos desenvolvimentos técnico-científicos que continuamente surgem, para além da necessidade fundamental de permanente resposta às necessidades educativas emergentes (Salinas, 2007). A tecnologia educativa vem abarcando uma perspetiva essencialmente integradora, viva, polissémica, contraditória e significativa, tendo em consideração a importância que progressivamente vem assumindo, as transformações em que se tem visto envolvida, bem como as diferentes formas como tem sido percecionada, advindo estas características do facto de nela se integrarem diversas correntes científicas, desde a física e a engenharia à psicologia e a pedagogia, para além da evidente teoria da comunicação.

As sucessivas evoluções a que foi sujeita, fruto dos avanços produzidos nas ciências em que se baseia, a par das interpretações que lhe vêm sendo atribuídas ao longo do tempo, ditadas pelo contexto cultural, social e científico em que se insere e é utilizada, acabam por

contribuir para a sua afirmação, enquanto área de estudo cada vez mais abrangente, em resultado da sua integração em linhas de intervenção mais globais e divergentes, bem como pelo facto do crescimento da sua importância, evidente na atenção que suscita e na sua crescente implantação quotidiana (Cabero, 2007a). O desenvolvimento tecnológico, que motiva as asserções produzidas, engloba uma esfera bem mais alargada do que o campo educativo, a própria sociedade, enquanto espaço de existência contemporânea, no qual a preponderância da economia de mercado, associada às influências dos poderes políticos e das lógicas corporativas, tendem a redesenhar os sistemas educativos e as estratégias de formação.

“É provável que grande parte dos que irão entrar no campo da educação sejam organizações cuja relação com a escola era previamente marginal ou não existente. Entre eles incluem-se empresas de televisão por cabo, de *software*, grupos de telecomunicações, produtores de filmes e fornecedores de equipamento. A sua influência não será limitada às escolas ou universidades. Com efeito, são já parte do que tem sido denominado de «edu-entertainment» – uma espécie de indústria educativa paralela associada à indústria de *software* em geral, a museus, parques de ciência e a áreas de património.” (Giddens, 1997/2000, p. 515-516).

Estando ainda em aberto a efetiva radicalidade da implicação da tecnologia na educação, algumas vozes mais críticas argumentam que, ainda que o impacto seja maior do que o esperado, poderá levar ao reforço da desigualdade educativa, associando-se a pobreza tecnológica a outras carências que têm atualmente impacto negativo nos contextos formativos, para além da falta de apoios que muitas vezes se encontra associada, em termos financeiros, patrimoniais e humanos, a muitas instituições de ensino.

2.1 – Aglutinadores dos contextos formativos: Educação, didática e tecnologia

A educação era definida por Durkheim, no início do Séc. XX, como uma atividade desempenhada pelos adultos relativamente aos indivíduos que não estavam ainda devidamente capacitados, em termos de potencial social, tendo como principal objetivo promover o crescimento de determinados elementos de carácter físico, intelectual e moral, nas crianças e jovens, considerando o contexto global em que estas crescem e, potencialmente, irão desenvolver a sua atividade, no futuro, emergindo basicamente “a ideia de que a educação se traduzia num processo unilinear de preparação das novas gerações, pelas mais antigas, para o exercício de papéis sociais” (Carmo, 2001, p. 243).

Estas asserções vingaram ao longo do tempo, sendo ainda relativamente recente a

associação do termo educação ao conceito de formação inicial, privilegiando-se a visão de que o corpo de conhecimentos adquiridos, em etapas iniciais da vida dos indivíduos, seria um pecúlio de cariz cognitivo significativo e satisfatório, relativamente ao seu desempenho no decurso da sua existência, conceções estas fruto do conhecimento perdurar longos períodos, transcendendo muitas vezes a etapa da vida humana. Atualmente assistimos a uma diminuição da importância relativa atribuída aos ciclos iniciais de formação, cada vez mais ligados à aprendizagem de competências básicas, que se irão desenvolvendo ao longo do tempo, a par do aumento da importância da formação contínua, fruto de uma diminuição acentuada do período de legitimidade dos conhecimentos, resultante da constante evolução dos saberes e do exponencial desenvolvimento das inovações técnicas e científicas, associando-se a estes fatores, até por consequência dos mesmos, o próprio aumento da esperança de vida humana.

A educação representa hoje um processo de instrução dos indivíduos que, numa etapa inicial, ocorre em instituições escolares estabelecidas para tal mas que, posteriormente, acompanha o seu desenvolvimento pessoal, profissional e social, em especial pelo facto de que o conhecimento ter passado a ser detido, replicado e obtido por, cada vez mais, um número maior de indivíduos e em espaços múltiplos e diversos. Embora ao longo do Séc. XX a expansão da educação tenha estado ligada ao imperativo de capacitar uma força de trabalho, em termos de aprendizagem e organização, a contínua evolução da sua prática aponta, cada vez mais, para o desenvolvimento do seu potencial latente no que respeita à redução das gritantes desigualdades que subsistem a nível global, apesar de, nalguns contextos sociais em que os aspetos mais formais da educação são sobrevalorizados, esta acabar por se tornar um meio de reafirmar as desigualdades persistentes, em vez de as diluir (Giddens, 1997/2000).

Estas perspetivas conduzem, de acordo com Correia (1998), a uma atividade educativa que já não é passível de ser sustentada em estruturas de espaço e tempo, que já ultrapassaram a sua ação e que tradicionalmente as tenderiam a preservar, mas sim na pluralidade de acesso a uma multiplicidade de pontos de vista, aos quais está em posição privilegiada para aceder, permitindo a definição alargada do quadro em que decorre o processo educativo, bem como das condições para o seu desenvolvimento.

“Sendo um espaço de convergência de uma pluralidade de matrizes disciplinares e, portanto, um espaço potencialmente propenso à interdisciplinaridade, a reflexão educativa cientificamente instrumentada raras vezes conseguiu afirmar esta potencialidade tendo-se constituído antes como um espaço reflexivo estruturado no exercício do conflito disciplinar e da conflitualidade entre escolas científicas integradas numa mesma matriz disciplinar.” (Correia, 1998, p. 19).

Atualmente pode-se considerar dois importantes fatores que incrementam o sucesso

dos processos educativos, a motivação individual para aprender e a disponibilização de várias oportunidades de aprendizagem. A indispensabilidade de fomentar a oferta de novas oportunidades de formação, mormente para aqueles que em determinada altura das suas vidas tiveram menor oportunidade de aceder à oferta educativa, resulta do imperativo social de facultar percursos alternativos de aprendizagem, adaptados às necessidades e exigências individuais, e não o inverso, como era patente na tradicional apresentação de estruturas educacionais pré-definidas, conducentes a uma meta formativa específica (Comissão das Comunidades Europeias [CCE], 2000). Assim, podemos englobar três grupos basilares de atividades de aprendizagem, tendo em conta os objetivos que cada formando pretende atingir:

- *Educação formal*: ocorre em instituições educativas e possibilita a atribuição de certificação das qualificações académicas, devidamente reconhecidas e normalizadas;
- *Educação não formal*: ocorre colateralmente ao sistema educativo padronizado, não atribuindo, normalmente, certificação formal das competências adquiridas;
- *Educação informal*: ocorre naturalmente ao longo da existência quotidiana, podendo não ser intencional e não ser reconhecida, mesmo pelos próprios indivíduos, como fator de desenvolvimento de conhecimentos e capacidades.

A perceção crescente do facto da educação formal não abranger todo o leque de necessidades formativas, leva ao aumento exponencial da educação não formal, tanto em termos de educação para a cidadania, envolvendo aspetos relacionados com uma intervenção cívica e comunitária, como dos processos educativos de adaptação à mudança, englobando a aprendizagem artística, ambiental, entre outras áreas, nas quais impreterivelmente se inclui a educação para a saúde. O atual crescimento qualitativo e a disseminação das práticas formativas refletem a progressiva relevância atribuída à formação contínua, no campo profissional, representando uma ampliação das lógicas educativas, com as consequentes adaptações estruturais, ao âmbito da atividade laboral dos indivíduos, tendo como grande objetivo o relembrar conhecimentos adquiridos nos contextos iniciais de formação e o seu aprofundamento, com vista à (re)valorização e ao (re)descobrimento das suas competências e ao desenvolvimento pessoal, profissional e social (Canário, 2003b).

Partindo desta perspetiva polissémica e abrangente, a educação engloba diferentes áreas de intervenção formativa, assumindo-se como um processo que acompanha os indivíduos ao longo da sua vida, no âmbito de múltiplas vertentes que emergem de dois ramos capitais do processo formativo, conforme a estrutura de aprendizagem esteja ou não institucionalizada, a educação formal e a educação não formal (Carmo, 2001). O aumento da

complexidade do conceito de educação advém de um conjunto de perspetivas sistémicas do contexto social atual, a propensão para a celeridade da mudança, as desigualdades sociais e as modificações nos sistemas de poder, não limitando as áreas funcionais da educação formal à formação inicial, o ensino básico, secundário, profissional e superior, mas também a formação contínua, ao nível mais alargado da formação profissional e avançada (Figura n.º 7).

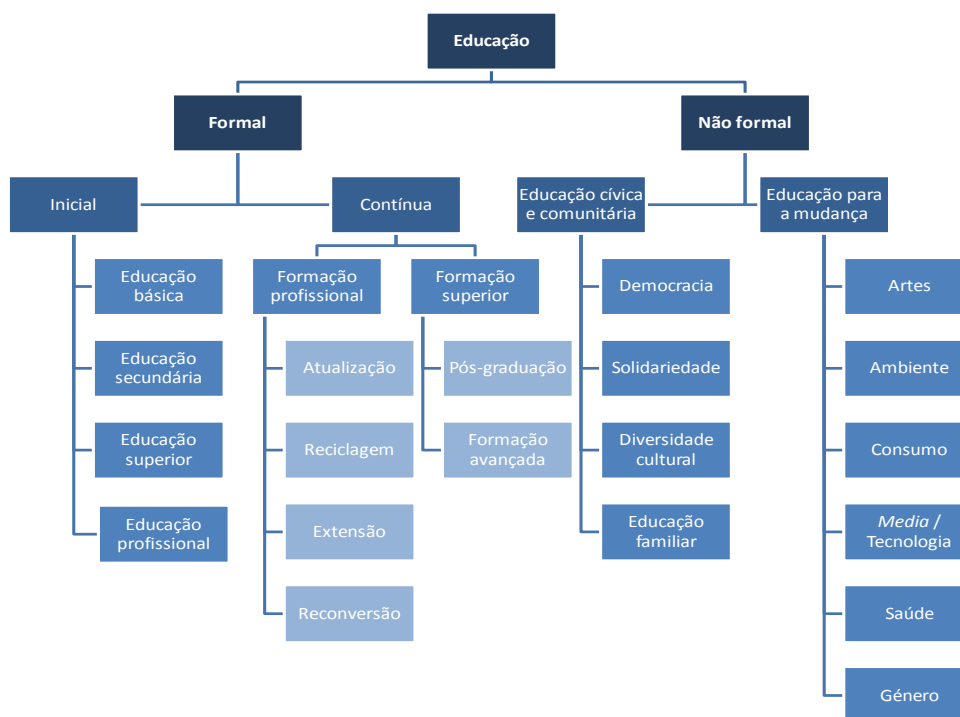


Figura n.º 7 – Principais vertentes da educação (Fonte: adaptado de Carmo, 2001, p. 244)

A aprendizagem ao longo da vida³⁶ assume como pilares a *evolução tecnológica*, resultante das indelévels transformações tecnológicas que caracterizam a sociedade atual, marcando a transição para a era do conhecimento, a *eficácia produtiva*, originária da crescente exigência de resposta dos mercados laborais em termos de produtividade, competitividade e empregabilidade, e a *coesão social*, representada no imperativo da prevenção ou eliminação dos fenómenos de conflitualidade e exclusão social, que limitem o crescimento harmonioso das sociedades. As diversas condições, que se tem vindo a referir, conduzem no sentido claro do imprescindível desenvolvimento de metodologias que inovem os processos educativos,

³⁶ A importância deste conceito está amplamente patente no Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, da autoria da Comissão das Comunidades Europeias, em resultado da reunião do Conselho Europeu de Lisboa, que decorreu em Março de 2000, no qual foi plenamente afirmada a “aposta na **aprendizagem ao longo da vida deve acompanhar uma transição bem sucedida para uma economia e uma sociedade assentes no conhecimento**” (CCE, 2000, p.3).

que se podem englobar em três diferentes níveis (Canário, 2003a):

- *Individual*: promoção de situações que possibilitem a aprendizagem através da experiência, da pesquisa e da produção de saberes;
- *Organizacional*: promoção da inserção social da formação, privilegiando processos educativos baseados na identificação de problemas e não de necessidades;
- *Conceção dos processos de educação e de formação*: valorização dos processos de formação informal, assumindo a sua importância enquanto fonte de aprendizagem significativa e fundamental.

A perspetiva atual de educação, englobada no decurso da vida dos indivíduos, evolui a partir de um contexto social em permanente metamorfose e com uma maior complexidade, advindo de um conjunto de evoluções, que emergem das mudanças ao nível da expansão e democratização do conhecimento, bem como do constante desenvolvimento social. A estes aspetos associam-se a implementação de novas metodologias educacionais, que surgem em resposta à evolução dos meios de comunicação de massas e ao mercado de trabalho, bem como o imperativo de alcançar objetivos de natureza global, associados à qualidade de vida e à transcendência dos valores cívicos, que permitam compensar as lacunas presentes nos contextos comunitários, promovendo o bem social (Lucio-Villegas, 2005).

“A **aprendizagem ao longo da vida** deixou de ser apenas uma componente da educação e da formação, **devendo tornar-se o princípio orientador** da oferta e da participação num contínuo de aprendizagem, independentemente do contexto.” (CCE, 2000, p. 3). Esta conceção implica a definição ampla e estruturada de um conjunto de objetivos, edificando uma estratégia integral e coerente, que visem as principais áreas de intervenção:

- Assegurar o acesso global e permanente à formação que possibilite adquirir e renovar as competências indispensáveis à integração social;
- Incrementar o investimento na educação dos recursos humanos, dando prioridade ao elemento primordial das sociedades, os indivíduos que as integram;
- Estruturar metodologias formativas adequadas a permitir uma oferta permanente de possibilidades de aprendizagem, nos diversos domínios do quotidiano;
- Adequar as estratégias de perceber e avaliar a aprendizagem efetuada e as competências adquiridas, nomeadamente ao nível da educação não formal e informal;
- Facilitar o acesso global ao esclarecimento e aconselhamento adequado relativamente às possibilidades totais de aprendizagem ao longo da vida;
- Promover condições de acesso de proximidade à aprendizagem ao longo da vida, nas

comunidades e através da utilização de TIC (CCE, 2000).

Neste encadeamento, a assunção da relevância da implementação de inovações nos processos educativos, num contexto alavancado pela sociedade da informação e pela era do conhecimento, leva ao imperativo de introdução de novas metodologias didáticas, englobando essencialmente a utilização das TIC, numa perspetiva de melhoria da eficácia e produtividade da atividade formativa, não modificando muitas vezes a conceção estratégica global dos processos de ensino. No entanto, esta forma de desenvolver a inovação educativa tendo como alicerce principal uma conceção eminentemente técnica, previsivelmente tenderá a salientar um cunho extremamente instrumental nos mesmos, podendo-se constituir uma problemática de alguma forma redutora, se não englobar as necessidades de inovações globais no contexto educativo, sob pena de desvalorizar os processos de atribuição de sentido relativamente aos saberes adquiridos, por parte dos formandos (Canário, 2003a).

A questão pedagógica e didática que se coloca ao nível da educação, relativamente às inovações introduzidas pelas tecnologias, radica na multiplicidade de instrumentos e estruturas, emergentes no campo organizacional, técnico, social e económico, que emergiram em consequência do seu desenvolvimento, implicando uma definição adequada e coerente que conecte os recursos que disponibilizam aos contextos de utilização, permitindo algum do conforto que é facultado pela normalização e padronização dos procedimentos, incluindo obviamente nesta equação o papel do interesse político e institucional no incremento de inovações no campo educativo (Ollivier & Thibault, 2004).

Nesta imprescindível clarificação da interpenetração entre educação e tecnologia, a didática desempenha um papel fundamental, apresentando as dimensões de prática e de ação que lhe estão subjacentes e lhe conferem sentido, constituindo estas dimensões aspetos de carácter tecnológico que não lhe desvirtuam, no entanto, o carácter eminentemente científico, emergente da aplicação dos modelos teóricos apropriados aos processos de ensino-aprendizagem, para além dos contributos de outras áreas de saber que integra, num todo lógico, sistemático, preciso, verificável e fiável. Salinas (2007), seguindo a estrutura definida por Zabalza (1999), estabelece cinco abordagens para desconstruir o conceito de didática:

- *Área de conhecimento*: integrando espaços disciplinares como tecnologia, currículo, organização escolar, formação docente, etc.;
- *Disciplina específica*: apresentando um objeto de estudo próprio – os processos de ensino-aprendizagem;
- *Adjetivo*: normalmente conferido a determinadas condições da ação formativa e/ou dos

recursos mediante a qual esta é realizada;

- *Campo de estudo autorreferencial*: estuda-se a si próprio como disciplina;
- *Campo de formação profissional*: promovendo competências na área científica.

No contexto educativo atual revela-se essencial criar ambientes de ensino-aprendizagem profícuos, com base em práticas pedagógicas e infraestruturas organizacionais diferentes, tendo por base uma atitude proativa que conduza a estratégias de desenvolvimento institucional adequadas às realidades quotidianas, tornando as atuais tecnologias numa parte ativa, relevante e estruturalmente integrada dos processos de formação. Numa perspetiva mais ligada à prática educativa, podemos considerar o acto didático como uma intervenção levada a cabo pelo formador, no sentido de facilitar as aprendizagens desenvolvidas pelos estudantes, tendo essa atividade uma natureza eminentemente comunicativa, estando inevitavelmente relacionada com os processos de aprendizagem desenvolvidos pelos estudantes.

O objetivo principal de ambos, formador e estudantes, consiste na aquisição de um determinado conjunto de competências, dependendo a eficácia deste processo, essencialmente, da motivação dos formandos para querer e poder realizar as operações cognitivas, estabelecidas para o efeito, interagindo adequadamente com os recursos educativos e meios didáticos disponíveis (Figura n.º 8).

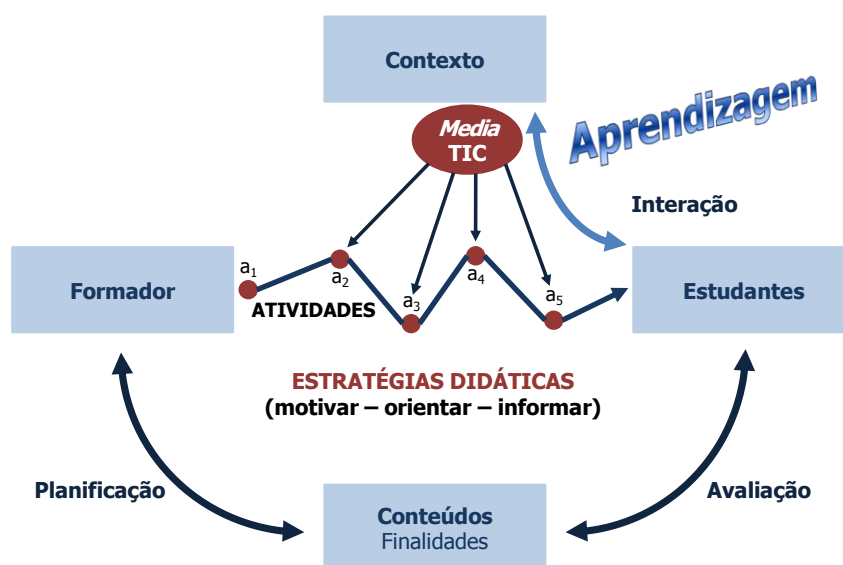


Figura n.º 8 – Contextualização esquemática do acto didático (Fonte: adaptado de Marquès, 2001)

As estratégias didáticas devem ser elementos facilitadores da formação, integrando um conjunto de atividades que promovam a interação com os conteúdos abordados,

proporcionando aos estudantes a motivação, informação e orientação necessárias para efetuar a aprendizagem, tendo em atenção alguns aspetos fundamentais (Marquès, 2001):

- *Características dos estudantes*: estilos cognitivos e de aprendizagem;
- *Motivações e interesses dos estudantes*: ambiente educativo adequado;
- *Organização da formação*: espaço, materiais didáticos, tempo;
- *Acesso às informações necessárias*: Internet, consultores, etc.;
- *Metodologias ativas*: aprendizagem prática e experiencial;
- *Problematização da formação*: erros e/ou lacunas como ponto de partida para novas aprendizagens;
- *Controlo da aprendizagem*: envolvimento dos estudantes no processo;
- *Atividades de aprendizagem colaborativa*: tendo apesar de tudo em consideração que o processo de aquisição de competências é individual;
- *Avaliação da aprendizagem*: retornos finais da efetividade do processo educativo.

A integração dos conceitos inerentes à educação, didática e tecnologias, patentes na noção de tecnologia educativa, inscreve-se numa componente social associada à emergência e evolução das TIC, à qual subjaz o constante e progressivo aumento do volume de informação circulante que se lhes associa, abrangendo longitudinalmente todo o sistema educativo, como campo privilegiado de difusão e análise do conhecimento, verificando-se que “A evolução do processo educativo é simultaneamente causa de geração de novos conteúdos tecnológicos e consequência de formas originais de uso da tecnologia” (Damásio, 2007, p. 324).

A educação pela tecnologia e para a tecnologia representa uma constante social, no mundo atual, sendo fundamental e, porque não afirmá-lo, impreterível a aquisição e desenvolvimento de competências de cariz tecnológico pelos indivíduos, com vista a uma integração social efetiva e plena pois, conforme refere Castells (1988/2007), na era da informação as lógicas preponderantes das redes globais, que se assumem de uma forma disseminada e incisiva, a única forma de não integrar a sua esfera de influência implica uma autoexclusão radical, que implicaria a (re)construção de um contexto com base em valores e crenças completamente divergentes das atuais, numa postura algo fundamentalista e marginal das correntes relações sociais, que regem a vivência em comunidade.

A revolução tecnológica iniciada algumas décadas atrás perdura, acentuando progressivamente o seu poder transformador, marcando a sociedade do início do Séc. XXI pela expansão dos meios de informação global, da maior abrangência e fiabilidade dos equipamentos de telecomunicação móvel e do aumento da capacidade dos recursos

informáticos, levando a uma maior descentralização e difusão do poder social da informação, fruto do desenvolvimento ao nível do multimédia e da comunicação interativa, emergindo as redes sociais de comunicação como elemento central destas evoluções.

As TIC, reunindo no seu âmago um potencial de promoção da igualdade de oportunidades e de equidade social, poderão, fruto das estratégias políticas, que se possam desenvolver relativamente à sua expansão e integração a nível global, constituir-se como instrumentos de divisão e exclusão social, se não houver lugar ao desenvolvimento de capacitações individuais e comunitárias, emergentes num novo campo educativo que responda às necessidades de aprendizagem para adaptação à mudança, face ao ritmo acentuado a que esta atualmente se verifica, e para gerir essa mesma mudança, englobando os seus conteúdos e potencialidade nas atuais vivências, como uma mais-valia existencial (Carmo, 2001).

O reflexo efetivo e inequívoco da integração humana na sociedade da informação e do conhecimento encontra-se patente no advento do conceito de educação tecnológica, essencial para o desenvolvimento de um potencial integrador dos indivíduos nos seus contextos de existência quotidiana, enunciada como “uma prática educativa em que a literacia é utilizada como ferramenta de descoberta da lógica de cada tecnologia individualmente considerada e dos padrões de interação entre cada um de nós, enquanto sujeitos da aprendizagem, e essa tecnologia” (Damásio, 2007, p. 334).

O desenvolvimento de novos moldes de instrução implica a construção de processos educativos e didáticos, envolvendo e incrementando a aplicação de recursos tecnológicos, enquanto elementos que promovam novas estruturas de inovação e mudança social, cultural e educativa, alicerçados numa perspetiva de literacia digital que difunda uma nova atitude apoiada numa conceção de crescimento, participação e responsabilização, individual e coletiva, que conduza à emergência de *cidadãos do mundo*, em que a adoção de novas formas de pensar e de agir socialmente constitua uma realidade, cada vez mais efetiva.

2.2 – Literacia digital: Um imperativo social e educacional

A sociedade contemporânea defronta-se, atualmente, com o desafio de proporcionar as melhores condições de vida, educação e cultura aos seus membros, adaptando-se em simultâneo a um desenvolvimento científico e tecnológico, que experimenta um ritmo de crescimento sem precedentes na história da humanidade, provocando nos últimos anos uma verdadeira revolução do conhecimento motivadora de repercussões no quotidiano, que

ultrapassam as meras modificações nas formas de comunicar e obter informação, determinando alterações decisivas na estrutura social. A expressão mais concreta destas manifestações consiste no surgimento e desenvolvimento exponencial de todo um conjunto de serviços, emergentes das mudanças produzidas (Arco, 2009).

Estes progressos enraízam-se nalguns aspetos fundamentais, dos quais se destaca o aperfeiçoamento das capacidades e potencialidades dos produtos informáticos, conjugado com a diminuição dos seus preços, a digitalização da informação, integrando a tecnologia informática e a de telecomunicação, o desenvolvimento das comunicações por satélite e da fibra ótica, que facilitam a transmissão de informação. Tais transformações podem ser sintetizadas em três aspetos, o aumento da quantidade de informação disponível, a perda de influência da distância na comunicação e a redução do tempo de acesso à informação. O impacto produzido por todas estas alterações tecnológicas permite proceder à sua caracterização como catalisadoras de uma verdadeira revolução da informação, predecessora do que muitos denominam como sociedade da informação, que surge muitas vezes representada no quotidiano como elemento base de discursos de carácter mercantilista, crítico-político e, por vezes, mesmo apocalíptico (Area, 2009).

Neste contexto produziram-se alterações profundas na forma como os indivíduos se inter-relacionam e na sociedade, convertendo-se as TIC num pilar básico do mundo atual, sendo a sua expressão mais concreta observada no aparecimento da maior rede de computadores do planeta, a Internet, e de todo o conjunto de serviços que atualmente nos oferece (Rodríguez, 2000), alterando a conceção tradicional de tempo e espaço ao permitir que, independentemente das distâncias geográficas e em tempo real, os indivíduos possam comunicar entre si, partilhar recursos ou aceder à informação. Concedendo uma maior rapidez na tomada de decisão influenciam, de forma dinâmica e decisiva, os processos económicos, produtivos e sociais, que cada vez mais exigem a sua aplicação quotidiana.

Esta dinâmica implica a modificação das práticas e das relações individuais e organizacionais estabelecidas, exigindo o desenvolvimento de novas competências e atitudes, como sejam espírito de iniciativa, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipa, flexibilidade e polivalência, que se constituem como fatores de sucesso a nível pessoal e institucional, face ao significativo potencial destas tecnologias no armazenamento, recuperação, manipulação e distribuição de grandes quantidades de informação, bem como de acelerar e facilitar a comunicação (Williams, Paprock & Covington, 1999).

A integração da *informação* e da *comunicação* num conceito mais amplo, leva-nos a

concluir que as principais consequências da sua utilização se identificam nestes dois grandes pólos, por um lado as facilidades e potencialidades para a transmissão da informação, por outro a modificação introduzida nos mecanismos tradicionais de estabelecimento de comunicação, permitindo “cobrir continuamente uma «região» nos aspectos de colecta e da disseminação de informação através da análise dos perfis de interesse de seus usuários.” (Oliveira, 1999, p. 313), estimulando o progresso científico, promovendo o desenvolvimento cultural, social, político e económico, e produzindo significativas alterações sociais.

As mudanças referidas encontram-se, por demais, patentes na facilidade que o acesso alargado à informação proporciona no estabelecimento de processos dinâmicos de tomada de decisão, com base em sistemas de informações que já fazem parte da vida quotidiana em organizações financeiras (cartões de crédito, organizações bancárias), serviços públicos (empresas de eletricidade, água, telefone), empresas de comunicação (televisão, rádio, imprensa), entre tantos outros. Torna-se importante distinguir conhecimento, caracterizado como algo pessoal e intransmissível, e informação, que se pode transmitir, podendo ser convertida em conhecimento, de acordo com fatores como os saberes prévios de quem acede à informação, a forma como está estruturada, a sua adequação, as motivações individuais, entre outros aspetos, constatando-se que o conhecimento implica interiorizar e integrar adequadamente a informação, nas estruturas cognitivas de cada indivíduo (Adell, 1997)

Considerando a importância da partilha de informações, através de processos de permuta realizada entre o emissor, que envia a mensagem, e o recetor, que a acolhe, também aqui se verifica a influência da utilização da tecnologia, pois “Num espaço de comunicação mundial, aberto, dinâmico e infinitamente explorável, cada pessoa é um potencial emissor e receptor.” (Petit & Dubois, 1998/2000, p. 74), principalmente ao nível do canal de comunicação, enquanto meio que possibilita o transporte da mensagem. A importância do meio de comunicação e do canal torna-se decisiva, sendo fundamental escolher com pertinência a estratégia mais indicada, tendo em conta o tipo de informação a facultar.

Conforme a temática e os objetivos a atingir, existe atualmente a possibilidade de seleccionar os meios comunicacionais mais apropriados para os conteúdos a transmitir, englobando-se nestes critérios a rapidez com que transmitem a informação, a eficácia com que o fazem, os recursos mobilizados e, naturalmente, o custo financeiro da transmissão, levando a uma modificação das formas de atuação neste âmbito, visto a implantação das TIC na sociedade ter produzido importantes e inesperadas mudanças, quando comparadas com as originadas anteriormente, pelo surgimento de outro tipo de tecnologias (Cabero, 2007a).

Destacam-se alguns aspetos elucidativos, pela forma como interferem nos processos comunicacionais, desde as modificações introduzidas na elaboração e distribuição dos meios de comunicação, passando pelas novas possibilidades de expressão criadas, até à crescente potencialidade de difusão e acesso à informação, que levam à sua globalização e democratização, traduzidas num conceito de transculturalidade. Estas transformações, progressivamente, estabelecem-se no âmbito da vida quotidiana de uma forma mais ou menos subtil, influenciando métodos de trabalho, atividades lúdicas, formas de relacionamento, metodologias de formação e, inclusive, modificando as formas de pensar e agir.

“A qualificação social torna-se cada vez mais importante com novas competências a adquirir (domínio da linguagem e das ferramentas de comunicação, flexibilidade comportamental, atitudes adaptadas,...), para melhor se situar e integrar num meio social complexo, no seio de grupos variados e variáveis e de atividades colectivas cada vez mais preponderantes.” (Petit & Dubois, 1998/2000, p. 73).

Quando se reflete sobre a evolução e desenvolvimento das TIC, importa analisar o seu poder socializador, patente na construção mediática da realidade quotidiana e no poder proporcionado pelo acesso ao conhecimento, de modo flexível e de acordo com as necessidades ou motivações de cada utilizador, nunca esquecendo que estas tecnologias são igualmente um produto das condições sociais, históricas e, principalmente, económicas que se verificaram num determinado contexto espacial e temporal, representando estas condições os elementos fundamentais da consolidação da sua implementação e generalização.

Em suma, todos estes avanços tecnológicos têm lugar no seio de um determinado marco socioeconómico, que torna possível não só o seu desenvolvimento no meio académico e científico, como também a sua transferência, aplicação e produção na sociedade (Adell, 1997), possibilitando a implementação de oportunidades de desenvolvimento tanto a nível social como organizacional, estimulando políticas de modernização técnico-científica que, na génese do seu sucesso, englobam alguns aspetos fundamentais, como a legitimidade e pertinência do projeto a desenvolver, as formas de integração e socialização dos atores intervenientes e a organização institucional de suporte.

O desenvolvimento social que nos é proporcionado pelas TIC não pode ser meramente considerado numa perspetiva organizacional de inovação e rentabilização, mas num quadro mais amplo de criação de novas relações e contextos de funcionamento, fundado em estruturas de gestão da inovação, que promovam o desenvolvimento de “competências tecnológicas, capacidades organizacionais, aptidões para a concepção dos saberes e para a sua conversão.” (Sainsaulieu, 1997/2001, p. 404).

Operando isoladamente ou em rede, estas tecnologias permitem múltiplas aplicações,

desde o processamento de informação armazenada em suportes digitais ao fácil acesso a diversos meios de informação, recursos e serviços, sem esquecer a sua importância enquanto vias de difusão de informação e de comunicação. As alterações estruturais verificadas na sociedade obrigam a transformações ao nível dos tecidos profissionais e educacionais, emergindo a necessidade de repensar os processos de trabalho e formação, criando uma predisposição para o desenvolvimento de competências efetivas, que permitam aos indivíduos encontrar, ao longo da sua vida, sucessivas possibilidades de adaptação a uma realidade em permanente mudança (Martínez, 2007).

Considerando os aspetos entretanto mencionados, importa clarificar o conceito de literacia digital, nele abarcando o de alfabetização digital³⁷, não o encarando apenas na sua perceção mais comum, ligada à obtenção de capacitações de escrita e leitura³⁸ de uma determinada forma de expressão, mas num âmbito mais alargado, englobado no processo educativo de novas metodologias de expressão, nas quais se integram a digital e a mediática, operando como um conjunto de fatores de consolidação das competências de literacia elementar dos indivíduos, não representando esta conceção mais ampla a exclusão ou o decréscimo da sua importância, mas a sua imprescindível adaptação ao contexto socioeducativo quotidiano (Damásio, 2007; Zarcadoolas & Pleasant, 2009).

Partindo da perspetiva mais usual, relacionada com a capacidade de codificação e de decodificação da linguagem escrita, a literacia acaba por englobar os processos que se relacionam com o conhecimento, principalmente os de formação, que normalmente se desenvolvem alicerçados na dimensão associada à capacidade linguística, relacionada com a linguagem verbal, associada à maioria dos processos educativos. Também a sociedade da informação efetua uma utilização alargada da palavra escrita, como é patente nos *chat's*, no

³⁷ Por uma questão de facilitação da leitura e do raciocínio, optou-se por conjugar o conceito de alfabetização digital, que se considerou mais básico embora essencial, com o de literacia digital, que se encarou como mais profundo. Não sendo possível o desenvolvimento da literacia sem que exista alfabetização, constitui no entanto a literacia um estadio mais avançado do conhecimento. Para esta decisão contribuiu a perspetiva apresentada por Damásio (2007, p. 200), com base em Potter (1998), “É esta característica central do termo «literacia», a referência a capacidades específicas de utilização de uma língua escrita, que permite distinguir «literacia» de «alfabetização». «Alfabetização» corresponde a um estado, normalmente associado à formação escolar, de iniciação na utilização da língua, enquanto «literacia» refere «um processo permanente e contínuo de evolução»”. Verificou-se igualmente que, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa 2011 (Porto Editora, 2010), que existe uma aproximação sinónima entre o termo *literacia* (capacidade de ler e de escrever; alfabetismo) e o termo *alfabetização* (ação de alfabetizar; processo de ensino e/ou aprendizagem da leitura e da escrita), que levou à consolidação da opção tomada.

³⁸ De acordo com Gómez (1999), o protagonismo do docente na leitura e escrita dos meios comunicacionais, desde a ótica freireana de *leitura do mundo*, poderá proporcionar um caminho para descobrir, decodificar e explorar o texto previamente escrito e armazenado em meios digitais, o que virá, por seu lado, a permitir caracterizar o aproveitamento das TIC, que não pode ser dissociado das contextos específicos e institucionais de cada sociedade, no global, e da cultura educativa, em particular.

correio eletrónico, nos *blog's*, nos fóruns e na generalidade dos motores de busca da Internet, constituindo mais um instrumento de desigualdade entre os alfabetizados e os não alfabetizados, contrário ao propósito de maior equidade que se lhe associa.

O sentido atual de literacia expande-se progressivamente, para responder a questões de natureza cultural, social e política, envolvendo mudança nos conhecimentos mobilizados e, sobretudo, nos instrumentos de acesso a esses conhecimentos, as linguagens. Neste processo pode-se considerar uma dimensão operativa, relacionada com a codificação e descodificação das mensagens, uma dimensão cultural, relacionada com a expressão e com a comunicação, e uma dimensão crítica, relacionada com a análise em si (Azinian, 2009). Um importante desafio de cariz socioeducativo da atualidade será responder à necessidade de implementar processos de alfabetização, ajustados às necessidades dos atuais contextos espaço-temporais, destinados a formar cidadãos preparados para viver e desenvolver atividades sociais, profissionais e comunitárias, na intitulada sociedade da informação e do conhecimento, decisivamente influenciada pela presença das TIC e pelas repercussões significativas que produzem no modo de vida no presente, determinando uma constante (re)adaptação no futuro.

A literacia digital implica o constante e progressivo desenvolvimento de quatro áreas fundamentais, a operativa, ligada à capacidade de utilizar os equipamentos informáticos e as tecnologias da comunicação, a semiótica, relacionada com a capacidade de utilização dos diversos tipos de linguagens que convergem no universo multimédia, a cultural, integrada num novel contexto intelectual dirigido à sociedade da informação, e a cívica, integrando todo o atual reportório de capacidades, deveres e direitos relacionados com o contexto tecnológico contemporâneo (Barroso & Llorente, 2007; Pérez & Varis, 2010). Paradoxalmente, a literacia livresca e a literacia digital parecem apresentar algumas semelhanças e interdependências, pois a grande maioria dos símbolos alfabéticos que utilizam na construção das mensagens, partilhadas ao nível do utilizador comum, são semelhantes, constituindo um indicador claro da sua relação recíproca e um sinal evidente da interligação entre livros e informática.

Estes vínculos mais não fazem do que sublinhar o facto de ser impossível o desenvolvimento da literacia digital sem uma alfabetização na língua escrita, revelando as claras limitações do acesso neste âmbito às populações e comunidades deficitárias neste nível elementar de desenvolvimento. Na implementação e desenvolvimento da literacia digital, considera-se de extrema pertinência a adequação das estratégias envolvidas nos procedimentos instituídos com as necessidades quotidianas identificadas, pois sendo a sociedade da informação, pelas suas próprias características, consideravelmente mais mutável

dos que os contextos sociais anteriores, os objetivos que lhe estarão inerentes serão, também, altamente suscetíveis de mudanças bastante frequentes, por vezes com raízes de cariz cultural, ideológico e político que podem tornar estes processos controversos (Lal, 2005).

O desenvolvimento pleno e sustentado da literacia digital abarca, assim, o desenvolvimento de capacitações de reconhecer e interpretar um conjunto de formas de representação simbólica, emergentes de processos de alfabetização distintos (Azinian, 2009):

- *Alfabetização tecnológica*: capacidade de estabelecer e conceber a relação entre a sociedade e as tecnologias, exercendo a primeira controlo sobre as segundas, embora estas marquem indelevelmente a sociedade, sendo um indivíduo tecnologicamente alfabetizado o que se encontra capacitado para compreender as aplicações das tecnologias e as decisões que envolvem a sua utilização;
- *Alfabetização informática e informacional*: desenvolvimento de capacidades básicas de utilização dos recursos, para a construção de saberes e de competências de gestão da informação, implicando a realização de ações adequadas em relação à mesma, para identificação do canal adequado, seleção fundamentada das fontes e avaliação dos conteúdos, conduzindo à sua correta utilização individual e coletiva;
- *Alfabetização visual*: reflexão e interpretação das imagens, conhecendo as características gerais de linguagem visual, os aspetos fundamentais da sua sintaxe e semântica, o processo de produção de imagens e a navegação por espaços complexos com dados diversos, trabalhando com as representações simbólicas da realidade, palavra e imagem, desenvolvendo competências de análise e síntese;
- *Alfabetização mediática*: compreensão da realidade global, pela leitura e interpretação crítica das mensagens, emergentes de múltiplas fontes e perspetivas, com as quais se pode ou não concordar, facultando uma análise que permite construir e fundamentar a própria opinião, sendo fundamental ter a capacidade de compreender eventuais manipulações dos discursos e das mensagens em função de interesses particulares.

Constituindo a literacia digital um imperativo de cariz social, representa também um imperativo de cariz formativo, mormente devido à crescente exigência das comunidades para uma crescente responsabilização do sistema educativo no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos estudantes, que lhes proporcionem um efetivo suporte futuro, para uma integração no campo profissional, cada vez mais influenciado por fatores de natureza socioeconómica. A grande expectativa centra-se no desenvolvimento de capacidades de raciocínio claro e independente, de participação cívica, fundadas na alfabetização que

permitiu o seu incremento, incluindo uma perspetiva tecnológica, essencial nos contextos sociais atuais (Cuban, 2001b), continuando esta perspetiva ampla a ser fundamental a nível global, implicando uma postura inovadora face aos permanentes desafios que se colocam progressivamente ao nível da alfabetização digital, sobretudo ao nível das seguintes áreas:

- *Educação*: através da consciencialização da comunidade educativa para a necessidade de contribuir no desenvolvimento das competências tecnológicas necessárias, por parte dos estudantes, tendo em consideração que, apesar dos esforços atuais em matéria de educação, este objetivo está ainda longe de ser alcançado;
- *Competências laborais*: enfatizando a necessidade das organizações compreenderem a importância de formar os seus trabalhadores e as eventuais consequências de se demitirem dessa função;
- *Compromisso cívico*: integrando o sector público e as organizações essenciais para encontrar estratégias que facultem às populações os instrumentos tecnológicos e digitais que lhes possibilitem participar ativamente na política e nas atividades comunitárias (Barroso & Llorente, 2007).

Constata-se a necessidade de manter o investimento na literacia digital, enquanto objetivo prioritário a levar a cabo pela sociedade, fundamentalmente com base no próprio sistema educativo. Não se limitando, nem se podendo limitar, à realização de simples atividades técnicas, embora este aspeto seja de importância fundamental, refere-se antes a um sofisticado reportório de competências englobadas no contexto laboral, na comunidade e na vida social, entre as quais se incluem as capacidades necessárias para manipular a informação e de avaliar a relevância e a fiabilidade do que se obtém na Internet.

2.3 – Contemplando a influência da tecnologia no campo socioeducativo

A revolução tecnológica teve a sua origem e consequente difusão, não por mero acaso, num período histórico de reestruturação global dos contextos socioeconómicos, para os quais constituiu um instrumento essencial. “A nova sociedade que surge deste processo é capitalista e também informacional, embora apresente uma variação histórica considerável nos diferentes países, de acordo com a sua história, cultura, instituições e relação específica com o capitalismo global e a tecnologia informacional.” (Castells, 1996/2002, p. 15).

As necessidades, ideias, valores e crenças de um determinado grupo social, num período espaço-temporal específico, geram o aparecimento de tecnologias, representando

estas construções e produtos de condições sociais, ou seja resultam dos processos políticos, económicos, culturais e ideológicos vigentes, expressos no seio de decisões institucionais. Não existe qualquer dúvida que o seu desenvolvimento e progressiva implementação transforma a própria sociedade que as gerou, dado que no seu delineamento estão subjacentes decisões ontológicas com consequências contextuais.

Estas condições apoiam a génese dos conceitos, cada vez mais atuais, de *determinismo tecnológico* e de *imperativo tecnológico*, conferindo a perspetiva de que tudo o que se possa fazer, tudo o que é tecnicamente possível, deverá fazer-se ou será feito, que poderá implicar o risco da suspensão gradual do juízo ético ao nível da regulação social nesta área, colocando os indivíduos e a própria sociedade reféns das exigências dos sistemas tecnológicos para alcançar os seus objetivos, transformando-se as necessidades e os problemas do quotidiano em meros obstáculos técnicos que exigem soluções tecnológicas (Azinian, 2009). A utilização das atuais tecnologias nos processos educativos, visando uma melhor transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências dos estudantes, a abarcar um maior número de formandos em menos tempo, representa um desejo em todo semelhante ao que orientou a atuação dos formadores reformistas que introduziram o cinema, o rádio e a televisão nos contextos educativos, nas décadas de 50, 60 e 70 do Séc. XX.

Os ganhos na produtividade, defendidos então como atualmente, poder-se-ão traduzir em menos encargos financeiros de natureza administrativa, numa comunicação mais rápida e eficiente entre os profissionais e entre formadores e formandos, numa eficiente preparação dos conteúdos pelos docentes, por melhores resultados educativos e por mais padronização a nível global, tendo como grande objetivo tornar os professores mais produtivos, valorizando o processo educativo, e não substituí-los completamente. Muitos consideraram que as formas tradicionais de ensino seriam obsoletas na era da informação, surgindo críticas que contrastavam o modelo formativo tradicional relativamente aos modelos de aprendizagem ativa, na qual os formadores assumem-se mais como treinadores do que instrutores, facultando aos alunos a opção de escolha sobre a forma de aprendizagem, em lugar de os limitar a aprofundar conhecimentos de uma forma pré-estabelecida (Cuban, 2001a).

Nesta área surgem, amiúde, acusações de que a tecnologia educativa não tem tido capacidade de comunicar eficaz e claramente a sua missão, tornando-se necessário estabelecer efetivamente uma base teórica que explicita a sua área de intervenção e implementação, tendo em consideração que continuamente surgem novas solicitações de desenvolvimento de programas educacionais, para dar resposta a uma geração de indivíduos que são treinados para

sobreviver e prosperar numa economia global, tornando imprescindível a sua concreta conceptualização. Esta pode alicerçar-se nas bases teóricas das abordagens pedagógicas, que estão no cerne do sucesso da utilização da tecnologia educativa, como é o caso da aprendizagem contextual, do ensino com base em problemas e da formação com base em projetos, integrando neste contexto novas perspetivas de aprendizagem e de pensamento, o construtivismo, o planeamento de projetos e os sistemas de reflexão (Kelley & Kellam, 2009).

Sendo cada vez mais premente a adequação da formação às necessidades emergentes do predomínio de uma economia global, que regula o quotidiano, cabe aos formadores, cuja responsabilidade engloba auxiliar na preparação de indivíduos para viver e trabalhar nesta sociedade global, considerar cuidadosamente a definição de uma estrutura de suporte, na qual se edifica o processo formativo, encarando a tecnologia educativa como um instrumento que contribua decisivamente para preparar os estudantes para a atual sociedade tecnológica. Perspetiva-se, desta forma, uma transição de processos tradicionais de formação para uma conceção dinâmica, idealizada como espaço mobilizador de transformação e reflexão da prática profissional, permitindo o seu desenvolvimento de forma sustentada e sustentável, obtendo-se “essa experiência através da vivência do dia-a-dia, tendo uma visão globalizada, isto em aspectos tecnológicos, científicos, financeiros etc.” (Oliveira, 1999, p. 225).

Pode-se então concluir que as tecnologias são um elemento suscetível de influenciar decisivamente os processos educativos, podendo desempenhar um importante papel no reforço da eficácia dos métodos de ensino-aprendizagem, tornando os estudantes mais criativos e proporcionando-lhes um ambiente de formação individualizado. A literacia digital representa um fator crucial na preparação dos formandos para lidar com as contínuas mudanças, emergentes da atual sociedade da informação e do conhecimento, cujo potencial de mudança social se afigura semelhante ao que resultou da Revolução Industrial, sendo essencial inscrever, implementar e desenvolver esta dinâmica, progressivamente, nos programas educativos (Yadav, 2003).

3 – (Re)Criando cenários educativos: As TIC como instrumento de ensino

Os impactos e alterações que a progressiva implementação e utilização das TIC proporcionam na formação são por demais evidentes e inequívocos no contexto quotidiano, de tal forma que pelas “suas potencialidades enquanto instrumento que se relaciona de forma directa com a informação e o conhecimento, estão cada vez mais presentes na actividade profissional dos professores, exercendo a sua influência de modo por vezes ostensivo e outras vezes subtil.” (Ponte & Serrazina, 1998, p. 9).

Permitindo a utilização de metodologias operativas, para melhorar e incrementar a eficácia da formação, oferecem um conjunto de conhecimentos, coerentes e sólidos, sobre a forma de organizar os processos de aprendizagem, planear e elaborar ambientes e contextos educativos, com a finalidade de atingir objetivos pedagógicos previamente definidos, permitindo confirmar que “As novas tecnologias da informação, particularmente o computador, constituem um desses «novos inventos», a pretexto do qual se fundamentam tentativas de renovação-inovação da escola.” (Afonso, 1993, p. 10), numa perspetiva de melhoramento dos processos, conteúdos e contextos de transmissão de conhecimento, com vista a uma maior rentabilização e aproveitamento do procedimento formativo.

Proporcionando meios de planificação e desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, que contribuem para a consecução dos objetivos educativos, permitem desenvolver uma prática pedagógica de cariz construtivista, integrando de forma sustentada novos processos e metodologias de formação. “A instrução não se deve focar em transmitir conhecimentos ou mesmo planos do aprendiz, mas sim desenvolver as capacidades do aprendiz para construir e reconstruir os seus planos em resposta a situações e oportunidades.” (Pereira, 1995, p. 78), implicando uma reflexão sistematizada sobre os modelos de comunicação utilizados, a articulação entre a teoria e os procedimentos de formação, as relações estabelecidas entre a sociedade, a aprendizagem paralela e a prática educativa, constituindo esta prática um exercício que envolve a informação e a comunicação, sendo incontestável o papel que o emissor nesta desempenha, fixando-lhe o sentido inicial.

Em formação a seleção dos métodos, das estratégias e dos recursos implica também

uma preocupação com a forma como se estabelece a comunicação, que consiste essencialmente numa interação entre pessoas, mesmo que esta seja mediatizada através de diferentes equipamentos tecnológicos. Ao contrário da maioria dos outros meios de comunicação, que convertem normalmente o seu utilizador em mero recetor de conteúdos produzidos por outros, as TIC permitem que este, para além de transmitir informação, o que já era possível também com outros recursos, possa constituir uma parte ativa no decorrer de todo o processo. Nesta era da comunicação formar implica “fazer passar, através de um canal, o máximo de informação com o mínimo de distorção e com a máxima economia de tempo e de energia.” (Wolf, 1987, p. 100), tornando essencial o aproveitamento dos ambientes de aprendizagem para desenvolver nos estudantes capacidades de comunicação, acesso e intercâmbio de informação, mediante a utilização de diversos meios e recursos operativos.

Tendo em consideração os aspetos já apresentados, a tecnologia educativa é, assim, muitas vezes encarada não apenas como um contributo para a solução de problemas decorrentes dos processos e contextos educativos atuais, mas também como um instrumento que poderá contribuir para diminuir as desigualdades e promover a inclusão social, tendo todo um potencial latente no incremento da equidade educativa e do acesso à informação, muitas vezes ainda não adequadamente explorado ou até desaproveitado, por contingências diversas, traduzidas nalgum desencanto patente, por parte de formadores e estudantes, relativamente à sua plena aplicação educativa (Amiel & Reeves, 2008).

3.1 – Demandando espaços de intervenção: Ampliando a influência da tecnologia educativa

Tal como nos mais diversos sectores sociais, as TIC foram encontrando o seu espaço de intervenção e estabelecendo a sua influência no âmbito da educação e, apesar de se constatar que a sua utilização, pelos mais diversos fatores (individuais, grupais, institucionais, etc.), é muitas vezes desigual e, nalguns contextos, restritiva e limitada, não subsistem grandes dúvidas em valorizá-las como instrumentos relevantes de apoio ao desenvolvimento dos processos formativos, sobretudo ao nível das atividades de informação, comunicação e gestão, que convergem para a construção inovadora de estratégias de edificação, divulgação, revisão, expansão, reflexão e democratização do conhecimento. Possibilitando uma abordagem ampla à matéria-prima da sociedade contemporânea, a informação, levam à supressão das tradicionais barreiras espaço-temporais, facultando o seu acesso mais

equitativo e universal, pelo facto de esta já não estar centralizada nem restrita numa determinada área e já não requerer infraestruturas dispendiosas para a sua produção e disseminação.

Desta forma, muitos dos condicionalismos existentes na obtenção do conhecimento acabam por se dissipar, surgindo a digitalização progressiva dos acervos documentais de muitas instituições como elemento facilitador, fundamental à partilha da informação e à divulgação dos saberes (González, 2007b). As graduais inovações tecnológicas contribuem para flexibilizar as circunstâncias e os ritmos em que se desenvolvem os processos educativos, permitindo a progressiva personalização da oferta formativa e instigando os métodos de autoaprendizagem, sendo essencial o desenvolvimento de competências que possibilitem integrar estratégias adequadas de seleção, interpretação e valorização da avalanche informacional atual, implicando a sua utilização criteriosa em processos que permitam sistematizá-la e organizá-la, para que possa ser utilizada de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

A difusão da utilização das atuais tecnologias digitais leva à emergência de em conjunto de desafios no campo da educação, sendo o mais evidente a necessidade de as integrar na formação e no sistema educativo, repensando a cultura didática instituída. Outro aspeto a considerar tem a ver com o imperativo de promover processos que permitam aos indivíduos *aprender a aprender*, lidando adequadamente com a informação disponível de forma qualitativa, tomando plena consciência das implicações económicas, ideológicas, políticas e culturais da tecnologia na sociedade atual, implicando uma reorganização a nível educativo dos objetivos e metodologias de formação, bem como a assunção de novos papéis por parte de estudantes e formadores (Area, 2009).

Será também fundamental ampliar os processos educativos, aumentando a sua acessibilidade e permeabilidade, através de redes de formação à distância, como resposta ao incremento qualitativo das necessidades formativas dos indivíduos, englobando neste âmbito o desenvolvimento de intervenções de cariz educativo não formal, direcionadas para a literacia digital, enquanto elemento essencial ao desenvolvimento social e comunitário. De forma mais abrangente, surge o desafio de reconsiderar as estratégias de formação ocupacional, face às atuais exigências sócio laborais, instigadas pelas mudanças tecnológicas quotidianas, sendo a globalidade dos aspetos referidos a resposta às dificuldades originadas no âmbito educativo, pelo avassalador impacto das TIC na atualidade (Figura n.º 9).

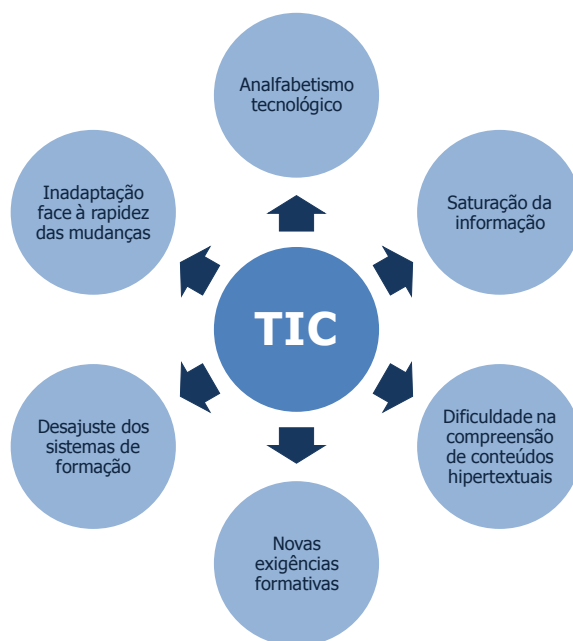


Figura n.º 9 – Dificuldades educativas relativamente às TIC (Fonte: adaptado de Area, 2009, p. 10)

A implementação da tecnologia educativa debate-se, ainda, com alguns obstáculos, que dizem respeito, essencialmente, a recursos humanos e materiais. Nos recursos humanos destaca-se a carência de formação para utilização dos equipamentos informáticos, bem como a exigência de constante atualização, face à rápida evolução tecnológica, que desencoraja a sua utilização por alguns formadores. A introdução deste conjunto de meios pedagógicos nos contextos de formação tem que, necessariamente, passar por uma atitude favorável à sua aplicação, em termos de atividade formativa, implicando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a sua utilização efetiva na prática educativa.

Segundo Cabero, Duarte & Barroso (1997), não basta existir um esforço de apetrechamento das organizações escolares com novos recursos tecnológicos, se continuar-se a verificar que as práticas pedagógicas persistem em apoiar-se nos meios básicos, o livro de texto e outras variações impressas, e com o professor como mero transmissor e estruturador da informação. Implica romper com a mera utilização de recursos pedagógicos, elaborados por outros, para uma implicação direta na produção e desenvolvimento de meios auxiliares de ensino, adaptando-os aos contextos em que este se processa, bem como às características e necessidades dos formandos, adequando-os relativamente as suas particularidades.

Os progressivos esforços de dotação das organizações de formação dos recursos tecnológicos necessários não poderá, nunca, deixar de implicar que a sua utilização pedagógica tenha subjacente a rentabilização dos equipamentos disponíveis, representando

este desafio um estímulo à criatividade do formador, sendo imperativo o empenhamento institucional na definição consensual de estratégias globais de inovação educativa, com metas claramente definidas, tendo em conta que “o saber começa a ter, cada vez mais, um outro significado, passando a centrar-se no saber procurar, saber interpretar e saber integrar diversas fontes de dados com vista a realizar um objectivo.” (Ponte & Serrazina, 1998, p. 9). A tecnologia educativa baseia-se na aplicação de ferramentas, materiais e ambientes, facultados pelas TIC, que favorecem as interações, e um contexto de aprendizagem que permita aprender fazendo, receber retorno, visualizar conceitos complexos, através da modelação e simulação, construindo conhecimentos e competências.

Nestas atividades utiliza-se a informação formal, obtida através de documentos, animações e simulações, e promove-se metodologias de trabalho coletivo, através da mediatização do contacto com outros formandos e da partilha de experiências, que permite obter informação informal, também integrada no processo de ensino-aprendizagem. Torna-se premente destacar algumas das vastas potencialidades dos recursos de *software* e *hardware*, normalmente utilizados no âmbito da tecnologia educativa, como seja a possibilidade de integrar múltiplas formas de representação e de capacidade de transformação num único equipamento (textual, gráfica, tabelar, auditiva, icónica, espacial, etc.), a interatividade, o imediatismo, a capacidade de armazenamento e de recuperação da informação, a polivalência e a versatilidade (Azinian, 2009)

Um dos propósitos atuais da tecnologia educativa radica na promoção da utilização original e inovadora das TIC, colocando-as no seu espaço correspondente, de ferramentas ao serviço do desenvolvimento dos estudantes, tendo em consideração o facto indesmentível de que não são estes instrumentos que definem os benefícios educativos que venham a ser constatados, mas sim a sua utilização adequada em contextos de aprendizagem específicos (Depover, 2009). Nesta perspetiva, a abordagem sistémica, que representa uma das fontes conceptuais da tecnologia educativa, revela-se como um elemento estruturante elucidativo, considerando que enfatiza as inter-relações que se podem verificar entre os aspetos envolvidos no desenvolvimento de recursos formativos, tais como a necessidade, a competência, a estratégia educativa, o contexto de implantação, etc., mas também por sublinhar o facto da escolha das tecnologias que serão mobilizadas depende, acima de tudo, das decisões que vão sendo tomadas nas diferentes etapas do planeamento pedagógico.

Pode-se constatar que a incorporação das tecnologias na educação foi sendo realizada de uma forma paulatina, tendo o seu âmbito de generalização variado de acordo com a

amplitude com que eram aplicadas em diferentes áreas de atividade (González, 2007b):

- *Gestão e administração*: armazenamento e tratamento da informação; agilização dos processos administrativos; alcançar uma gestão mais eficaz – decisões de carácter institucional que exigem investimento e manutenção, relativamente aos recursos materiais, e formação / capacitação, relativamente aos recursos humanos, com vista ao desenvolvimento de processos limitados a uma função técnica;
- *Investigação*: recolha, análise e interpretação da informação necessária; armazenamento e tratamento dos dados recolhidos; comunicação e partilha de informação – implicam recursos materiais que permitam o acesso e tratamento da informação, disponibilidade de conexões que garantam o funcionamento das redes de comunicação e formação adequada à utilização dos respetivos aplicativos;
- *Docência*: recursos de formação cuja conceção, ao longo do tempo, vai progressivamente sendo contemplada como úteis, numa fase inicial, necessárias, numa fase posterior, e imprescindíveis, no quotidiano – em qualquer caso as melhorias e vantagens que facultam vão depender de diversos fatores e condicionantes, que representam efetivos desafios para as instituições formativas, no sentido de garantir a sua rentabilização efetiva e a formação necessária para tal.

As alterações que as transformações tecnológicas vêm consolidando no quotidiano produzem importantes transformações nos sistemas formativos, nos formandos e nos formadores, dado que a intervenção educativa que lhes é solicitada radica num papel de transmissor e mediador entre a informação, o processo de (re)construção do conhecimento e a integração das representações pelos formandos, recorrendo a uma interatividade progressiva, que pressupõe uma relevante modificação nas práticas educativas tradicionais, para além da adaptação às constantes evoluções tecnológicas, numa perspetiva profissional que abarca plenamente o conceito de aprendizagem ao longo da vida (Gisbert & Cabero, 2007).

Os contextos formativos que se anteveem serão diferentes dos atuais, estando as TIC a produzir transformações irreversíveis nas organizações educativas que ultrapassam o campo espaço-temporal de formadores e formandos, advindo acervos de informação no ciberespaço, transpondo a necessidade do seu acesso em termos físicos e materiais, facultando um contexto de trabalho colaborativo, em rede, que fomenta a criação de múltiplos espaços virtuais de atividade educativa, nos quais se implementam uma diversidade de códigos de comunicação mais complexos, mas ao mesmo tempo mais ricos, que os meramente verbais (Quadro n.º 5).

Ambientes de Aprendizagem Tradicionais	Novos Ambientes de Aprendizagem
Instrução centrada no docente	Aprendizagem centrada no estudante
Estímulo de um só sentido	Estímulo multissensorial
Progressão por um só caminho	Progressão por múltiplos caminhos
Meio de comunicação único	Múltiplos meios ("Multimédia")
Trabalho individual isolado	Trabalho cooperativo
Transmissão de informação	Intercâmbio de informação
Aprendizagem passiva	Aprendizagem ativa / exploratória baseada no questionamento
Aprendizagem factual, baseada nos saberes	Pensamento crítico e tomada de decisões com conhecimento de causa
Resposta reativa	Ação proativa / planeada
Contexto artificial, isolado	Contexto autêntico, do mundo real

Quadro n.º 5 – Características dos ambientes de aprendizagem (Fonte: adaptado de Barroso & Llorente, 2007, p. 99)

Neste quadro pedagógico torna-se crucial que os agentes envolvidos estejam aptos para mobilizar e empregar as tecnologias que surgem neste contexto, sendo fundamental o desenvolvimento da literacia digital, centrada na diversidade dos *media* e nos códigos que os caracterizam, sob a forma de uma multialfabetização³⁹, que ultrapasse a forma oral e escrita, apenas aos conteúdos impressos e aos usuais códigos verbais, englobando também um molde comunicativo e cultural, uma vez que será este conjunto de competências que permitirá uma efetiva aquisição das mensagens ao nível do hipertexto e do hipermédia, que requerem um diferente modo de abordagem e de construção do conhecimento. O desenvolvimento da literacia digital, no campo educativo, deverá prestar uma especial atenção aos contextos sociais e culturais, visando a capacitação dos envolvidos nesta área para um conjunto amplo de competências e condições pedagógicas e organizacionais (Gisbert & Cabero, 2007):

- Conhecer quando existe uma necessidade de informação;
- Identificar a necessidade de informação;

³⁹ Segundo Gómez (1999), na perspectiva freireana as competências exigidas pelas TIC e a leitura e a escrita não são de todo incompatíveis nem impeditivas, mas se houver a pretensão de desenvolver competências comunicacionais nos formandos através das tecnologias, deverão ser tomadas em consideração as teorias crítico-construtivistas em relação ao discurso escrito, tanto ao nível da alfabetização básica como em relação ao desempenho de capacidades de escrita mais avançadas, podendo neste âmbito os *media* constituir-se como uma ferramenta de aprendizagem, para além de servirem como objeto de conhecimento.

- Trabalhar com a diversidade de fontes e códigos de informação;
- Saber dominar a sobrecarga de informação;
- Avaliar a informação e discriminar a qualidade da fonte de informação;
- Organizar a informação;
- Usar a informação eficientemente para dirigir o problema ou a investigação;
- Saber comunicar a informação encontrada a outros.

Constata-se que a literacia digital não se limita à capacidade de efetuar tarefas simples com o computador, independentemente da importância que este recurso possa ter nas atividades desenvolvidas, implicando o aperfeiçoamento de um sofisticado repertório de competências que engloba o espaço de desempenho profissional, a comunidade e a própria vida social, entre as quais se englobam as capacidades essenciais para manusear a informação e a capacidade de avaliar a relevância e fiabilidade dos conteúdos que se obtêm na Internet. Representa, em última análise, um elemento fundamental da aprendizagem ao longo da vida, devendo constituir uma prioridade dos processos educativos (Barroso & Llorente, 2007), envolvendo a promoção da tecnologia educativa, muitas vezes, iniciativas de cariz público e privado que conduzem à implementação e difusão dos equipamentos informáticos nos sistemas de educação e de formação, como forma de incentivar e disseminar a sua utilização.

Considerando a heterogeneidade do sector tecnológico, ele é ainda assim considerado a nível institucional, social e político, como um dos principais motores da inovação técnica, arrogando-se-lhe amiúde expectativas de tal forma elevadas que redundam bastas ocasiões em desilusão. Desde o final do Séc. XX, as conceções estratégicas apontam para a integração e generalização das inovações tecnológicas nos contextos formativos, perspetivando-se, com base nos saberes adquiridos neste âmbito, que o processo de difusão das tecnologias na educação não conduz a uma simples inclusão, mas à progressiva incorporação nos processos de ensino-aprendizagem, ou de escolarização, que decorrerá num período mais ou menos longo, conforme seja maior ou menor a influência de fatores como a sua aplicação numa lógica global, não vinculada a qualquer área de formação, ou a utilização de recursos informáticos particulares em âmbitos formativos singulares, a informática como um utensílio formativo específico ou enquanto ferramenta de uso didático (Baron & Dané, 2009).

3.2 – Contributos para a qualidade das intervenções educativas

A adaptação mútua entre a tecnologia e a prática educativa, na qual ambas se

transformam, sustenta a conceção de que as tecnologias são mais do que equipamentos ou fragmentos de *software*, não sendo a conjugação destas partes a resolução de todos os problemas do campo formativo pois, reafirmando o que é plenamente óbvio e já anteriormente desenvolvido, o processo de ensino-aprendizagem não resulta exclusivamente da sua utilização, mas da forma como os formadores e os formandos as aplicam. Desta forma, reduzir a educação a um campo meramente tecnológico é minimizar toda a riqueza e evolução patenteadas nos processos formativos.

A tecnologia educativa representa um importante elemento com enorme potencial a explorar na construção de estratégias pedagógicas, alicerçadas na reestruturação das práticas socioeducativas e dos contextos de formação, entre formador e formandos e entre os próprios formandos, explorando aquele que será o ingrediente essencial ao seu desenvolvimento, as práticas e as reflexões emergentes da sua utilização e não as suas especificidades inerentes, pois o que é efetivamente relevante será o que os indivíduos fazem com a tecnologia, e não esta por si só (Cuban, 2001a). Os recursos tecnológicos baseados nos atuais meios de comunicação, *media* e informática representam um ensejo muitas vezes empregue por formadores, tecnólogos e decisores, institucionais e políticos, na tentativa de melhorar os processos formativos e os resultados de aprendizagem, não sendo esta uma nova perspetiva, mas uma conceção recorrente ao longo dos tempos.

Equipamentos hoje onnipresentes nos contextos educativos, como uma calculadora ou um projetor, já foram considerados como elementos revolucionários capazes de contribuir para diminuir as iniquidades sociais e transformar os processos formativos, encargo que atualmente encontramos transplantado para as tecnologias que fazem parte integrante do nosso quotidiano (Amiel & Reeves, 2008). Sendo esta uma época em que os mais variados meios tecnológicos são um potencial instrumento educativo, o desafio centra-se na utilização adequada desses recursos, de forma a promover o desenvolvimento pessoal, social e profissional dos indivíduos, de acordo com as suas necessidades e expectativas.

A interatividade que se pode estabelecer entre o *utilizador* e a *máquina* pode ser bastante frutuosa no plano pedagógico, ao permitir uma adequação dos conteúdos ao formando, que assim pode decidir qual a sequência, quantidade e tipo de informação a que pretende aceder, até onde pretende aprofundar o conhecimento, para além de lhe possibilitar determinar o seu próprio ritmo de trabalho e aprendizagem. Esta interação pode-se estabelecer em três diferentes níveis, entre formador-formando, formando-formando e formando-conteúdos de aprendizagem, cabendo ao formador a orientação do processo de aprendizagem,

com base nas suas competências para utilizar e rentabilizar o potencial pedagógico dos recursos disponíveis, proporcionando aos formandos a informação sobre os conhecimentos e competências que se supõe adquirirem, construindo um contexto que se pode denominar de situação didática mediatizada⁴⁰ (Alava, 2000).

Às organizações educativas exige-se a capacidade de dar resposta a estas proposições pedagógicas, competindo aos formadores credibilizar o fluxo constante de informação, facultada pelos meios tecnológicos, transformando-a num elemento polarizador da construção do conhecimento, estruturado com base nos conteúdos disponibilizados pelos mais diferentes veículos. Transformando o contexto formativo num espaço de convergência transdisciplinar e transcultural, transfigura-se a função tradicional do formador a quem caberá, nesta perspetiva pedagógica específica, “cada vez menos a transmissão de conhecimentos e cada vez mais o desenvolvimento das competências, capacidades e instrumentos de pesquisa, tratamento, análise e apresentação da multiplicidade de informações” (Pinto, 1995, p. 122).

A incorporação da tecnologia educativa nos processos de formação pressupõe a mudança de um paradigma educativo que tem por base um modelo centrado no ensino presencial, onde predomina o modo transmissivo, para um modelo que tem por base a potenciação das capacidades dos formandos, centrado na construção dos saberes em íntima conexão com o seu projeto de desenvolvimento pessoal. Estando o processo centrado no formando, o parâmetro fundamental a considerar será a qualidade dos recursos oferecidos, implicando uma lógica de prestação de serviços que proporcione a maior autonomia possível, englobando a possibilidade de desenvolvimento de competências que lhe permita autodirigir as suas aprendizagens, sendo esta, entre outras, uma das razões para a sua integração.

As atuais tecnologias permitem estratégias e soluções de aprendizagem em domínios não pré-definidos, incrementando o potencial de compilação, organização, análise e sintetização de dados, para obter conclusões e estabelecer generalizações, em relação a um determinado problema. A possibilidade de identificar conteúdos e aceder à informação, conforme as necessidades, estimula capacidades auto formativas e de trabalho em equipa, concorrendo para o desenvolvimento pessoal, social e profissional dos estudantes, cabendo ao formador a eleição e adequação dos recursos aos conteúdos, ao contexto e aos formandos, face aos objetivos a atingir, pois verifica-se nem sempre existir uma clara vantagem na aprendizagem, quando apenas os formandos efetuam esta seleção (Clark & Salomon, 1986).

⁴⁰ Situação didática mediatizada constitui o conjunto de situações educativas nas quais o uso de dispositivos mediáticos destinado ao ensino (videoconferência, rede informática, multimédia, Internet) promove nos estudantes a adoção de uma atitude interativa (Alava, 2000).

É notório o interesse crescente relativamente às tecnologias e à sua constante evolução, enquanto ferramentas que permitem aplicar no processo educativo diverso *software* informático didático, sistemas informáticos inteligentes, vídeo e teletexto, introduzindo um contexto pedagógico integrando meios informáticos e de imagem, que permitem experiências de interação, facultando novas metodologias de formação, dinamizando a utilização sustentada de meios tecnológicos no ensino, com vista a potenciar a eficácia dos recursos pedagógicos disponíveis, incrementando o conhecimento científico.

Permitindo uma utilização que favorece a conceção de ambientes de aprendizagem mobilizadores do desenvolvimento de competências pelos formandos, através da articulação dos conteúdos lecionados, dos métodos de ensino utilizados, da flexibilidade que permitem na sequenciação das atividades de formação, integram-se nos mais diversos contextos de aprendizagem, adotando uma visão global sobre as metodologias aplicadas à educação, enquadrando adequadamente conteúdos e processos face à população-alvo e aos objetivos pretendidos. Implica, no fundo, “introduzir no ensino os métodos e as técnicas do mundo dos media, procurando por essa via, ir de encontro ao mundo dos alunos” (Pinto, 1995, p. 118).

Em detrimento de uma perspetiva de ensino-aprendizagem que privilegia o facultar de conhecimentos e informações aos alunos, cada vez mais o processo de formação deve emergir de procedimentos que visem promover competências, traduzidas em aptidões desenvolvidas pelo formando no tratamento adequado da informação, adicionando-lhe novos dados e renovando-a, face às suas necessidades, constatando-se a importância da utilização de meios informáticos nos processos educativos, principalmente se pensarmos que “a adopção de uma aprendizagem mediada por computador que contemple todas as entidades intervenientes na aprendizagem (...) conduzirá a um maior sucesso educativo” (Pereira, 1995, p. 89).

A revolução pedagógica que emerge da utilização destas tecnologias subjaz ao facto de, além da facilidade que acarretam no acesso e seleção da informação existente, constituírem um instrumento que permite a sua manipulação, armazenamento e transmissão, para os mais diferentes destinos, com baixos custos e em tempo real. Estas potencialidades pedagógicas devem ser compreendidas e analisadas não só numa perspetiva da informação que possam facultar, mas também percecionando a forma como esta é transmitida ao formando e como contribui “para o desenvolvimento de faculdades que lhe permitem enfrentar cada vez com maior segurança e autonomia a verdadeira *overdose* informativa que lhe é oferecida pelo contexto sociocultural em que vive.” (Calado, 1994, p. 72).

Utilizando-as como recurso didático e ferramenta para flexibilizar os modelos de

formação instituídos, torna-se possível integrar na formação conteúdos mistos, facultando aos formandos algumas sessões presenciais e continuando o seu percurso formativo em espaços à sua escolha, com recurso a meios informáticos que lhes permitem aceder a conteúdos letivos e ao contacto com os docentes, quando necessitarem, antevendo um *novo* espaço formativo que altera o conceito vigente de *sala de aula*, rompe barreiras arquitetónicas e (pre)conceitos pré estabelecidos, alcançando a formação dimensões mais abrangentes, das quais emergem novos modelos de comunicação e transmissão da informação, nas suas mais diversas etapas.

Caracterizando a tecnologia educativa como requisito essencial para melhorar a qualidade dos procedimentos formativos, pode-se associa-la a uma maior atenção com as características individuais, à educação à distância e ao desenvolvimento de métodos e modelos formativos inovadores (Rodríguez, 2000). O processo de ensino-aprendizagem deverá ser estruturado tendo em consideração as evidentes potencialidades destas tecnologias, tanto no que respeita à oferta de serviços, como no que se refere às propostas de formação, sendo importante já não tanto o conhecimento só por si, mas sim saber encontrar, selecionar e processar a informação, de acordo com as necessidades expressas (Figura n.º 10).

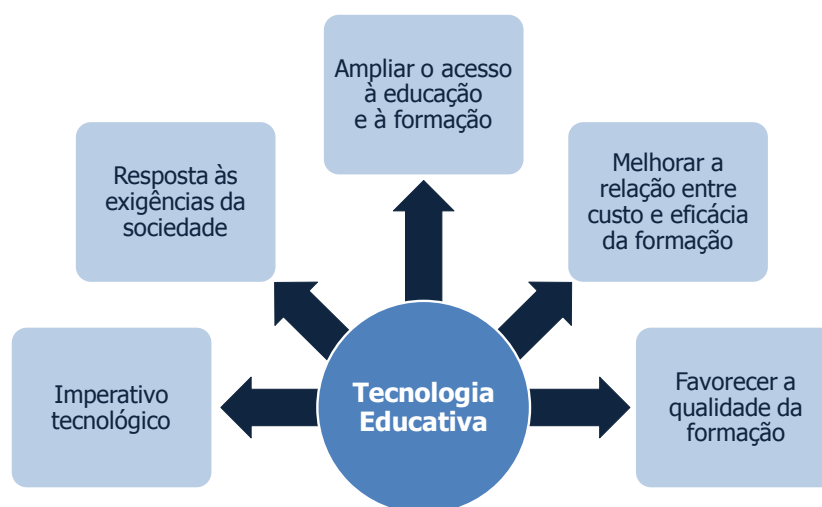


Figura n.º 10 – Bases da integração da tecnologia educativa (Fonte: adaptado de Gonzaléz, 2007b, p. 222-223)

Perspetiva-se um *novo* tipo de formando, mais preocupado com os processos do que com os produtos, capacitado para assumir decisões e estabelecer o seu percurso formativo, integrando-se num conceito amplo em que se dá essencialmente relevo a processos auto formativos e de desenvolvimento pessoal, em detrimento da aquisição pura e simples da

informação e a sua memorização, com subsequente reprodução em função de padrões previamente estabelecidos (Cabero, 1996). A flexibilidade que as tecnologias facultam, representa também um importante potencial formativo, permitindo o acesso à formação a indivíduos que, pelas mais diversas razões (familiares, profissionais, económicas, etc.) têm alguma dificuldade em integrarem o regime formativo tradicional.

Igualmente se verifica a emergência de um *novo* formador, possuidor de saberes e competências adquiridas no seu percurso educativo, que toma parte ativa nesta construção coletiva no domínio da informação, sendo para este uma outra forma de *ensinar*, que se deverá ir construindo ao mesmo tempo que se vai aprendendo a utilizar as inovações tecnológicas emergentes, convindo no entanto realçar que alguns comportamentos de resistência à mudança subsistem, ainda, por parte de alguns formadores, sendo uma realidade que perdura há algum tempo, limitando a implementação das tecnologias na educação.

Em suma, os desenvolvimentos verificados nos processos de ensino-aprendizagem perspetivam a progressiva rutura com a estrutura educativa tradicionalmente estabelecida, representada pela *aula*, enquanto unidade de espaço, o *horário*, enquanto unidade de tempo, e a *disciplina*, enquanto unidade de conteúdo (Alava, 2000). As alterações produzidas pela tecnologia educativa nas estruturas de formação baseadas numa prática pedagógica clássica, provocam igualmente a rutura do conceito social de *escola*, enquanto espaço privilegiado de aprendizagem, abrindo novos campos de saber em que se diluem os tempos de aprendizagem, através do acesso a recursos formativos fora de um horário escolar rígido e limitador.

A utilização das tecnologias na formação converte-as, em última análise, em ferramentas de construção do conhecimento e de aprendizagem, de descoberta e autoformação, emergindo como um novo espaço de saber e de desenvolvimento pessoal e profissional, perspetivando-se um desafio pedagógico, que consiste na construção de diferentes metodologias de formação e de conceber as organizações escolares, incluindo neste âmbito a formação inicial e a formação ao longo da vida, ao nível da atualização de conhecimentos e da aquisição de novas competências (Williams *et al.*, 1999). A tecnologia educativa faculta a representação múltipla de objetos e ideias, permitindo a sua exploração e desenvolvimento ativo, proporcionando a inovação das estratégias cognitivas e didáticas aplicadas, promovendo a formação com recurso a temáticas relevantes e a dinâmicas reflexivas, através da interação com elementos formais, da visualização de situações e da manipulação interativa, com o conseqüente retorno, atividade de extrema pertinência para o desenvolvimento do espírito crítico e analítico.

Considera-se que o potencial específico da utilização das tecnologias nos processos educativos se reflete, principalmente, na visualização e exploração dinâmica e interativa, na mudança da escala temporal, do nível de detalhe, ou outros parâmetros, numa simulação, e no trabalho em tempo real com uma ampla quantidade de dados obtidos eletronicamente, com elevada precisão, apelando a diversas representações em simultâneo e passando de uma para outra de forma dinâmica (Azinian, 2009). Perante a constatação inequívoca de que os espaços e os materiais de formação, baseados na tecnologia educativa, têm desenvolvido um progressivo e relevante grau de complexidade ao nível dos processos formativos, uma vez que possibilitam conceber condições de ensino-aprendizagem mais criativas, motivadoras e relacionadas com a sociedade do conhecimento, constituem-se como uma área de crescimento profissional dos formadores e de inserção social e profissional dos formandos.

O desafio fundamental, neste início do Séc. XXI, quer para os formadores quer para os formandos, será tomar plena consciência de que vivem atualmente num mundo extremamente influenciado pelos processos digitais, no qual a tecnologia *de* e *em* rede constitui um instrumento indispensável ao nível do desenvolvimento pessoal, profissional e social. Perentoriamente, as atitudes e as aptidões relativamente às tecnologias irão assinalar a diferença entre os que se encontrarão devidamente preparados e capacitados para enfrentar e superar os desafios emergentes do quotidiano e os que, cada vez mais, sofrerão as sequelas das desigualdades motivadas pela iliteracia digital (Gisbert & Cabero, 2007)

3.3 – Consolidando o futuro hoje: Tecnologia educativa na saúde

As alterações emergentes do desenvolvimento das TIC representam, atualmente, mais que uma necessidade, uma competência profissional essencial na área da saúde, enquanto campo de conhecimento com uma enorme perspetiva de desenvolvimento contribuindo, entre outros aspetos, para a afirmação e progresso das atividades desenvolvidas neste âmbito e, em especial, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes dos serviços de saúde. Estes recursos tecnológicos foram progressivamente sendo adaptados e aplicados, com uma utilização inicial mais expressiva na vertente administrativa, alastrando gradualmente às áreas da assistência, da formação e da investigação.

O desenvolvimento tecnológico tem contribuído para a absorção de novos recursos no processo de trabalho, através de ferramentas que contribuem para a obtenção de melhores resultados nos cuidados de saúde (Guimarães & Sena, 2002), representando atualmente o

acesso à informação, credível e pertinente, uma das condições fundamentais no âmbito da saúde, o potencial que emerge destas tecnologias constitui um elemento essencial, com aplicabilidade no apoio às atividades assistenciais, na gestão dos serviços de saúde, na formação e aperfeiçoamento de competências dos profissionais de saúde e na pesquisa científica efetuada, para além da influência que podem representar como veículos de difusão de informação junto da própria comunidade.

Ter ou não acesso às informações necessárias pode contribuir decisivamente para a adequação e o sucesso dos cuidados prestados, permitindo a rentabilização dos recursos humanos e materiais existentes, considerando-se que “o saber começa a ter, cada vez mais, um outro significado, passando a centrar-se no saber procurar, saber interpretar e saber integrar diversas fontes de dados com vista a realizar um objectivo.” (Ponte & Serrazina, 1998, p. 9). Em saúde, estes processos implicam um envolvimento pluridisciplinar, com intercâmbio alargado e profícuo de saberes, neste caso entre as áreas da saúde e das TIC.

As potencialidades destas tecnologias a explorar são inúmeras, face ao aumento da quantidade e complexidade de informações sobre os utentes do serviço de saúde, apresentando-se como uma solução inultrapassável para a gestão e armazenamento dos dados relativos à assistência facultada, com benefícios importantes na continuidade dos cuidados prestados à população. Representam igualmente um instrumento de utilidade inquestionável, no que respeita à gestão das unidades de saúde, permitindo uma clara rentabilização e administração dos recursos humanos e materiais, com claros benefícios económicos e de funcionamento para as organizações e, naturalmente, para os que a elas recorrem.

Também na formação profissional em saúde se verifica ser vantajosa a sua aplicação nas práticas educativas desenvolvidas, pois cada vez mais se exige o aperfeiçoamento de uma maior quantidade de conhecimentos e competências qualificantes, quer de nível técnico quer de nível relacional, podendo-se integrar as tecnologias tanto na formação inicial em saúde como nos processos formais posteriores de atualização e (re) aquisição de conhecimentos, para além da formação contínua e em serviço, relativamente a determinados temas e tópicos, numa clara conceção de aprendizagem ao longo da vida (Williams *et al.*, 1999).

A integração das tecnologias na formação em saúde pode-se enquadrar em duas categorias amplas, conforme as suas características, sistemas tutoriais e sistemas de simulação. Nestes processos está implícita a ideia de que estas deverão ser aplicadas não só, nem prioritariamente, como instrumentos que permitam uma melhor prestação profissional, mas como elementos capitais para uma adequada realização pessoal e laboral dos indivíduos,

colocando de forma plena ao serviço do homem as ciências e as tecnologias (Martínez, 2007).

Os sistemas tutoriais constituem um instrumento concebido para facultar informações sobre um ou mais temas, permitindo uma análise e reflexão sobre estes, facultando uma maior facilidade e flexibilidade no processo de aprendizagem, para atingir o melhor desempenho. Os sistemas de simulação, baseados em situações de vida real, têm implícitas características interativas, representando uma ferramenta importante na área da saúde, por permitirem o ensino de procedimentos técnico-científicos, onde se verifica algum grau de dificuldade de demonstração prática, quer devido à necessidade de várias repetições ou implicar riscos físicos quer por exigir ao formando a imaginação de situações complexas e muitas vezes ainda desconhecidas, no estadio de formação onde se encontra.

Ao nível da investigação, as tecnologias atualmente disponíveis constituem um elemento facilitador, podendo ser utilizadas tanto no decurso dos procedimentos de recolha e análise de dados, como na elaboração das diferentes etapas dos relatórios finais da pesquisa e sua subsequente divulgação, permitindo a partilha e a difusão dos saberes. Em pesquisa epidemiológica, a utilização de bases de dados⁴¹ informatizados, existentes nas organizações de saúde, representa uma perspetiva real que em muito contribui para a investigação efetuada na área da saúde, podendo esses dados ser associados em programas informáticos, atualmente disponíveis, que facilitam a sua análise e consequente interpretação.

Considerando-se que a incorporação de tecnologia, mais do que um avanço, é uma necessidade no campo da saúde, tendo em vista as vantagens e facilidades, principalmente no desenvolvimento das atividades de natureza assistencial e educativa (Guimarães & Sena, 2002), a promoção da qualidade da prestação dos cuidados às populações passa, desde logo, pela capacidade dos profissionais de saúde compreenderem as TIC como ferramenta de trabalho, numa perspetiva de empenhamento com o ser humano e com a sociedade. Em resultado dos avanços tecnológicos constantes, que se verificam atualmente na área da saúde, a realidade subjacente às atividades profissionais desenvolvidas pode modificar-se rapidamente, exigindo frequentes aprendizagens e adaptações, impondo-se aos profissionais desta área a capacidade de “ser incessantemente capaz de evoluir, de aprender e de pôr em causa as suas técnicas, mas também os seus esquemas culturais e as suas concepções do trabalho e do papel ou do poder de si e dos outros.” (Sainsaulieu, 1997/2001, p. 394).

⁴¹ Segundo Damásio (2001, p. 68), com fundamento em Kimball (1997), “Uma base de dados é um sistema que gere e armazena «uma cópia de transações de dados especificamente estruturados para pesquisa e análise». Para poder realizar esta pesquisa a base de dados tem de reconhecer o formato do *media* e tem de ter a capacidade de poder pesquisar no seu interior.”

Neste início de Séc. XXI a tecnologia educativa vem sofrendo um ciclo de reestruturação, sobretudo pelo surgimento de novas conceções paradigmáticas de natureza crítica, quanto às ciências sociais e humanas, que acompanham e integram os constantes e graduais desenvolvimentos que ocorrem ao nível das TIC. Deste modo, as atuais abordagens no âmbito da tecnologia educativa têm por base as seguintes perspetivas (Area, 2009):

- Sector de conhecimento pedagógico sobre os *media*, a cultura e a educação, em que se entrelaçam os contributos de diversas disciplinas das ciências sociais;
- Disciplina que estuda os processo educativos e de transmissão da cultura mediados tecnologicamente, em contextos educativos diversos;
- Área do conhecimento que se arroga como não sendo neutra nem asséptica, relativamente aos interesses e valores que subjazem aos projetos sociais e políticos, no quais se insere a elaboração, utilização e avaliação da tecnologia;
- Espaço pós-moderno que assume os *media* e as TIC como objetos e ferramentas culturais, que os indivíduos e os grupos sociais reinterpretam e utilizam em função das suas próprias estratégias ou parâmetros culturais, implicando que se construa a partir da análise do contexto social, cultural e ideológico em que se estabelece a interação entre os indivíduos e a tecnologia;
- Campo metodológico eclético de estudo e de investigação, em que se combinam aproximações quantitativas e/ou qualitativas, em função dos objetivos e natureza da realidade estudada.

Estas reestruturações implicarão, sem dúvida, a associação da tecnologia educativa à área da saúde, enquanto elemento estruturante e promotor dos procedimentos de formação estabelecidos, tanto ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional daqueles que exercem atividade neste âmbito, como ao nível da promoção e educação para a saúde, com impacto na comunidade, possibilitando uma maior penetração e divulgação das mensagens, contribuindo para o empoderamento em saúde dos indivíduos. Sendo expectável esta situação, face às oportunidades e desafios que as TIC já originaram na sociedade, no campo da saúde o acesso generalizado à informação tem representado um repto para todas as partes interessadas, desde os simples utilizadores às instituições de saúde (Murero & Rice, 2006a).

A relevância da tecnologia educativa, no contexto de prática dos profissionais de saúde, está principalmente patente na facilitação dos processos de comunicação e intercâmbio, de que são exemplo o acesso a fontes de informação, como publicações periódicas e académicas nacionais e internacionais, congressos, conferências ou outro tipo de reuniões,

com o objetivo de adquirir, incrementar e difundir conhecimentos, com reflexo no desenvolvimento técnico e científico, essencial a nível pessoal, profissional, cultural e social (Espanha, 2009). Neste âmbito revela-se de extrema importância o desenvolvimento de metodologias de cariz construtivista, tendo como objetivo a aquisição e aplicação do conhecimento e da informação, alicerçado nas experiências e vivências dos aprendentes.

Será nesta conceção que as TIC poderão facultar o seu contributo, enquanto ferramentas que facilitam a interação com o meio e a edificação de representações globais e expressivas, essenciais ao processo de formação, numa perspetiva dialética de que nem todo o conhecimento se constrói, a informação transmitida é igualmente importante, mas para que ambas as situações se conjuguem para produzir uma aprendizagem consistente e significativa, alguns fatores devem ser considerados (Miranda, 1998):

- Utilizar distintas fontes de informação e valorizar os recursos do próprio contexto;
- Reportar-se aos conteúdos de formação que se apresentam no contexto específico;
- Recuperar experiências e adequá-las às características dos formandos.

No plano comunitário, a relevância das reestruturações empreendidas no campo da tecnologia educativa, prende-se com o imperativo de inter-relacionar a saúde com a esfera social, um fenómeno decorrente do crescente aumento da informação disponível sobre saúde, associado à crescente exigência de capacitação dos indivíduos, grupos e comunidades para um processo de autonomização e de participação ativa e informada, que implica a definição clara e pertinente de objetivos e estratégias, que permitam facultar informação pertinente, credível e acessível, de acordo com as principais necessidades de desenvolvimento identificadas, no âmbito da saúde pública (Espanha, 2009).

A questão principal que se deverá colocar tem a ver com o facto de que os profissionais de saúde detêm um conjunto de informações cruciais, que os indivíduos e as comunidades necessitam para que possam tomar decisões mais adequadas relativamente à sua saúde, sendo insofismável que a comunicação adequada de informação pertinente, sobre as situações relacionadas com a saúde, constitui um fator essencial para persuadir e capacitar os indivíduos a adotar estilos de vida mais apropriados, para além dos auxiliar na gestão da sua condição de saúde e de quem os rodeia. Nos últimos anos, a revolução da informação alterou radicalmente a natureza da comunicação interpessoal e de massas sendo esta, na atualidade, predominantemente mediada pelas tecnologias, alterando a forma como as pessoas interagem, obtêm informação e são persuadidas pelas mais diversas mensagens.

Torna-se essencial que, também na área da saúde, a estratégia de comunicação e de

difusão das mensagens seja diferente, tendo por base a compreensão destes fenómenos, com o intuito de aproveitar as dinâmicas e as oportunidades atuais para fomentar a promoção de comportamentos saudáveis e a educação para a saúde, com um maior alcance e eficácia (Duffy & Thorson, 2009). Neste âmbito, a maioria dos indivíduos utiliza as tecnologias, nomeadamente o acesso à informação disponibilizada na Internet, na pesquisa de informações médicas, mas as suas implicações vão muito além deste potencial, podendo incluir novas formas de prestação de cuidados de saúde e de influenciar favoravelmente a vida das populações, através da difusão de medidas de saúde pública.

A obtenção de conhecimentos relacionados com o alcance global da saúde nunca foi tão fácil, como na atual era dominada pela sociedade da informação, que permite aos utilizadores o contacto imediato com os dados mais recentes disponíveis, propiciando um equilíbrio entre a informação que lhes está disponível com a que está muitas vezes acessível aos profissionais de saúde. Trilhando o seu próprio caminho, as TIC produzem alterações com um impacto tal que, logicamente, irão marcar indelevelmente a natureza do acesso e prestação de cuidados de saúde, abarcando não só o campo da formação nesta área, como o das relações estabelecidas entre profissionais de saúde e utentes, com base na integração destes últimos nos processos que irão conduzir à definição e representação personalizada do conceito de saúde, sendo este um importante desafio que surge no quotidiano (Gurak & Hudson, 2006).

Podemos considerar a tecnologia educativa em saúde um instrumento igualmente importante, quer no desenvolvimento de atividades formativas quer no incremento dos cuidados de saúde, integrando um potencial de estabelecimento de relações profícuas de acolhimento, vínculo, automatização, responsabilização e gestão, essenciais às atividades de promoção da saúde. A aplicação destas tecnologias enquadra-se numa conceção dinâmica que desafia os profissionais de saúde a desenvolverem uma capacidade diferenciada, na implementação de programas criativos, flexíveis e abrangentes, que potenciem as competências dos indivíduos para adotarem estratégias que fomentem a sua saúde, nos âmbitos familiar, profissional e social do seu quotidiano (Santos & Lima, 2008).

As vantagens da introdução da tecnologia educativa, a par dos recursos mediáticos de informação e comunicação que lhe estão associados, são diversas podendo-se destacar a facilidade de acesso à informação sobre saúde, com custos económicos reduzidos e de forma vasta, sem as limitações espaço-temporais clássicas, associando-se a estas a possibilidade de trocar experiências e de interação, que facilitem o desenvolvimento de uma representação informada e personalizada, relativamente às mais diversas temáticas de saúde.

Importa relembrar que algumas das vantagens enunciadas podem, em simultâneo, ser desvantagens, fruto das próprias características dos recursos aplicados, sendo exemplo destas situações a diversidade de conteúdos que se podem obter com estas tecnologias, muitos deles sem uma garantia efetiva de qualidade, precisão e rigor científico nas informações facultadas, sendo também um aspeto discutível se a opção pela tecnologia educativa será um elemento que fomente a desigualdade e iniquidade social, face a inexistência de um acesso global aos recursos implicados nestes processos de desenvolvimento (Murero & Rice, 2006a).

Considerando que a integração da tecnologia educativa na saúde representa um elemento estruturante na implementação dos processos de informação e comunicação nesta área, promovendo um contributo decisivo para o acesso dos indivíduos e comunidades a fontes fidedignas de informação em saúde, para explicitar estes processos, importa descrever a forma como se articulam os elementos que os constituem, no sentido de persuadir a aquisição de determinadas opções e comportamentos em saúde, que podem ser enquadrados no modelo mediático de comunicação em saúde (Figura n.º 11).

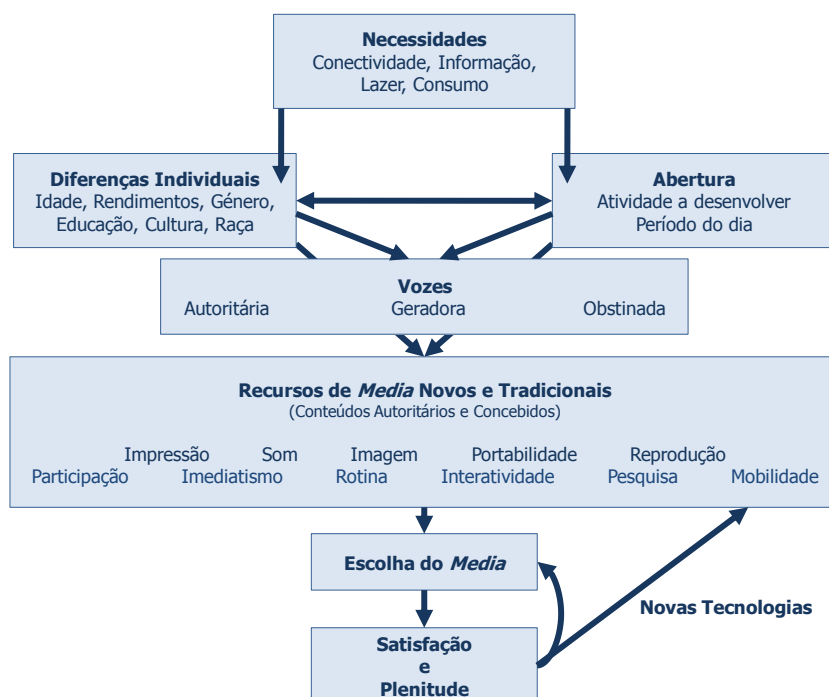


Figura n.º 11 – Modelo mediático de comunicação em saúde (Fonte: adaptado de Duffy & Thorson, 2009, p. 102)

Alicerçado na forma como as informações são facultadas pela indústria da publicidade, apresenta como foco central quatro grandes grupos de necessidades de comunicação, que constituem a base do modelo que, sendo consideravelmente simples, se

revela elucidativo da forma como são tomadas algumas decisões estratégicas na comunicação em saúde, alicerçadas na seleção pertinente dos *media*, tendo em conta as necessidades expressas ao nível da conectividade, da informação, do lazer e do consumo. Para facilitar a explicitação do modelo, descreve-se sucintamente os principais elementos que o constituem:

- *Necessidades de Comunicação*: conectividade (relação, apoio, compromisso), informação (obtenção de conhecimentos para alcançar objetivos), lazer (diversão, relaxamento), consumo (aquisição de bens e serviços);
- *Diferenças Individuais em Necessidades de Comunicação*: variam com base em variáveis demográficas, culturais e pessoais, podendo ser expressas de modo diferente perante o interesse em questões de saúde;
- *Abertura*: ocasião ideal em que os indivíduos estão mais recetivos a uma mensagem persuasiva;
- *Vozes em Comunicação em Saúde*: modo de descrever a mudança de expectativas e desejos com base em fontes credíveis, sedutoras e confiáveis, podendo ser de cunho autoritário (*authoritative voice*), quando a informação provem de uma fonte de longa data e considerada plenamente credível, gerador (*created voice*), quando a informação é obtida a partir da perspetiva de indivíduos que experimentaram a situação, ou obstinado (*opinionated voice*), quando se concebe que a informação perspetivada pelo próprio ponto de vista e atitude é mais confiável;
- *Recursos de Media*: reconhecimento de que os diversos *media* têm características que os tornam atraentes para diferentes públicos-alvo, que satisfaçam as suas necessidades de comunicação em distintas alturas do dia;
- *Escolha do Media → Satisfação e Plenitude*: os indivíduos escolhem e utilizam um *media* e decidem se este satisfaz a necessidade, se ficarem satisfeitos continuam a utilizar o *media*, se não procuram um *media* mais adequado e eficaz.

A tecnologia educativa será, nesta conceção apresentada para o campo da saúde, um instrumento capital, facilitando a transmissão e a troca de informação, implicando a partilha de sentido entre os que estão envolvidos no processo, podendo neste contexto contribuir para a concretização de objetivos como iniciar ações de prevenção e/ou promoção da saúde, identificação das necessidades, partilhar informação, ideias, atitudes e crenças, criar entendimentos e estabelecer e manter relações, transformando-se num elemento basilar para facultar cuidados e fomentar a promoção da saúde, tanto a nível individual como comunitário.

“Reforços na Comunicação em Saúde levam invariavelmente a melhorias nos

cuidados de saúde e mesmo na própria percepção da saúde, e estas alterações podem contribuir para uma maior equidade em termos de saúde e cuidados de saúde para as populações minoritárias (por questões de ordem étnica, racial, socioeconómica, ou educacional). Investimentos em comunicação e saúde podem contribuir para melhorias na prevenção, motivação para mudanças nos comportamentos e adesão a tratamentos, algo reconhecido pelos próprios profissionais de saúde, que têm desenvolvido a percepção da importância e do papel crítico que a comunicação representa na área da saúde.” (Espanha, 2009, p. 40-41).

Podemos concluir que alguns aspetos no âmbito da saúde, mormente os relacionados com o desenvolvimento da comunicação em saúde e de campanhas de comunicação relacionadas com a saúde pública, estão a assumir cada vez mais uma maior importância no quotidiano, o mesmo acontecendo com as TIC, cujo elemento atual mais exponencial será a Internet, resultando da intersecção entre estas duas significativas tendências sociais o desenvolvimento de um domínio rico, consequencial e desafiante tanto para os utilizadores destas tecnologias como para os profissionais de saúde. Estas tecnologias encerram a promessa de revolucionar a forma como são prestados os cuidados de saúde, de forma progressiva e irreversível, empoderando os indivíduos, grupos e comunidades com competências de aquisição de perspetivas especializadas dos seus problemas, permitindo a sua análise e avaliação, com base num conjunto amplo de informações disponíveis.

Previsivelmente, o diagnóstico e o tratamento poderão vir a ser acedidos de forma interativa e eletrónica, mas em simultâneo expande-se a possibilidade de ocorrência de práticas incorretas, enganadoras, fraudulentas e perigosas, para além de questões essenciais sobre a aptidão dos indivíduos com limitações económicas, intelectuais ou físicas poderem participar efetivamente nesta realidade (Rice, 2001). “Technology will change our lives... whether we want it to or not. But how we will allow technology to change us is up to us.”⁴² (Kittleson, 2003, p. 120). Decidir, será hoje e sempre, o grande desafio que se apresenta a todos, indivíduos, grupos e comunidades, profissionais das mais variadas áreas, nomeadamente a da educação e a da saúde, decisores institucionais e políticos, implicando uma escolha sobre a forma como utilizar as tecnologias para construir uma existência melhor.

3.4 – Superando as limitações: Otimização das oportunidades

Atualmente, o potencial inerente às TIC permite arrogar-lhes um papel relevante na edificação dos processos de formação, pois se o seu desenvolvimento é progressiva

⁴² “A tecnologia vai mudar as nossas vidas... quer nós o queiramos ou não. Mas como vamos permitir que a tecnologia nos mude depende de nós.” (tradução do autor).

implementação modifica, gradual e decisivamente, as expressões reais das diferentes áreas sociais, a educação não poderá jamais constituir neste âmbito uma exceção. Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, manifestos nos mais diversos campos do saber, constituem os elementos-chave destas tecnologias, verificando-se que “A evolução do processo educativo é simultaneamente causa da geração de novos conteúdos tecnológicos e consequência de formas originais de uso da tecnologia.” (Damásio, 2007, p. 324).

Considerando as asserções desenvolvidas poder-se-á (re)conceptualizar a tecnologia educativa como um espaço intelectual pedagógico, tendo como objeto de análise os *media* e as TIC, enquanto formas de representação, difusão e acesso ao conhecimento e à cultura, nos mais diversos contextos formativos (educação escolar, não formal, informal, à distância, superior, etc.). Apresentando como principal objetivo o estudo das relações e interações entre as TIC e a educação, assume uma racionalidade crítica e pós-moderna do conhecimento, motivando que qualquer análise educativa relacionada com a tecnologia deverá ser explicitada não só a partir de uma perspetiva técnica do conhecimento psicopedagógico, mas também a partir de uma dimensão ideológica, relativamente ao significado da educação e dos processos de mudança social (Area, 2009).

O progressivo desenvolvimento das tecnologias faz-se acompanhar da promessa de tornar a vida quotidiana melhor e mais estimulante, potenciando o desenvolvimento pessoal, social, cultural e profissional, mas a questão que se coloca é se todos terão a capacidade e o potencial para se ajustar e adaptar às constantes mudanças que se perspetivam, e de que forma cada um se poderá ir preparando para elas. Não existindo respostas definitivas nem propostas insofismáveis, duas propostas pertinentes parecem fazer algum sentido (Kittleson, 2003):

- Ter a abertura para admitir a possibilidade de que a utilização da tecnologia poderá contribuir para melhorar a existência humana e a forma como desempenhamos as nossas atividades, mantendo o espírito aberto à exploração de novas metodologias que contribuam para tal;
- Para um futuro com maior equidade e justiça social, será fundamental facultar recursos e envolver todos os grupos e comunidades, através de estratégias que permitam o desenvolvimento global de competências para o uso das atuais tecnologias, num envolvimento com carácter proactivo.

Assumindo ser atualmente imprescindível que os processos de ensino-aprendizagem contemplem a evidente e progressiva influência quantitativa dos meios tecnológicos, sobretudo dos relacionados com a comunicação, tanto no que respeita à oferta de serviços

como de propostas de formação (Alava, 2000), coloca-se a perspetiva da sua integração neste campo, não só ao nível da formação inicial, mas concebendo-os como instrumentos essenciais aos processos de aprendizagem ao longo da vida. Esta integração engloba-se na ideia de que “As acções de formação contínua são portadoras de processos transformadores e de mudanças organizacionais suficientes para que as possamos incluir no número das vias privilegiadas de desenvolvimento social” (Sainsaulieu, 1997/2001, p. 401), constituindo mais do que um mero acompanhamento pedagógico de mudanças, que lhes permite ser concebidas como verdadeiros baluartes do desenvolvimento de valores, de projetos e de atores.

A implementação de sistemas educativos que capacitem os indivíduos, grupos e comunidades para usufruir das potencialidades emergentes da sociedade da informação e do conhecimento representa uma estratégia essencial, incrementando a sua prosperidade e dos que os rodeiam, com base numa conceção de equidade e de inclusão, alicerçada na democratização do conhecimento e do acesso às oportunidades facultadas pelas tecnologias. Pode-se inclusive antever que o progresso dependerá das competências a ser desenvolvidas, no sentido de lograr e incrementar uma inteligência coletiva em termos dos atributos centrais do conhecimento, inventividade, criatividade, solução de problemas, cooperação, flexibilidade, capacidade de desenvolver redes, habilidade para lidar com a mudança e o compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, não caindo em fundamentalismos de globalização e de normalização dos processos formativos (Hargreaves, 2003).

O sucesso da implementação destes processos implica, impreterivelmente, a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências que possibilitem a interpretação e descodificação dos sistemas simbólicos associados aos diferentes *media*, com o primordial objetivo de dotar os utilizadores das capacitações indispensáveis para que possam captar as informações neles disponibilizadas e, mais consistentemente, interpretar as mensagens transmitidas, para além da eventual rentabilização de todo o seu potencial inerente (Cabero *et al.*, 1997). Também na saúde a influência da tecnologia educativa desponta e, gradualmente, se vai fazendo sentir, constituindo o papel desempenhado neste âmbito pelas tecnologias que lhe estão associadas “uma nova perspectiva de pesquisa, que consiste em compreender os contextos quotidianos de receção e percepção da informação sobre saúde, onde a presença dos *media* é predominante.” (Espanha, 2009, p. 75).

A reflexão e análise sobre a emergência de fontes de informação sobre a saúde, de cariz mediático, oferece-nos atualmente uma oportunidade peculiar para compreender o seu significado no dia-a-dia dos indivíduos. O elemento específico das TIC com maior implicação

nos processos de promoção da saúde é a interatividade, principalmente quando relaciona as inter-relações estabelecidas entre um determinado sistema ou informações e os indivíduos, grupos ou comunidades. As principais dimensões que se podem constatar neste processo são o controlo do utilizador, na medida em que este possa interferir ao alterar os conteúdos ou a forma de mediatização, e a responsividade, ou seja a forma como uma resposta pode levar também em consideração determinadas condições prévias.

Os *media* interativos podem contribuir na promoção da saúde, pela sua aptidão para facilitar a aprendizagem, a pesquisa, o processamento da informação e os saberes individuais, mediando a permuta de informação com indivíduos que já vivenciaram determinada situação ou nela estão particularmente interessados, contribuindo as redes informáticas para aumentar o potencial das atuais estruturas interativas, tornando disponível uma plenitude de recursos, intervenientes e aplicações através de um determinado sistema (Rice, 2001). Estas dinâmicas permitem perspetivar o desenvolvimento gradual e sustentado de metodologias aplicadas à promoção da saúde, com base na tecnologia educativa, alicerçadas em três etapas fundamentais, a implementação e aplicação, influenciada por fatores de cariz institucional, tecnológico e associados ao(s) utilizador(es), a interação utilizador-*media*-mensagem e os benefícios de saúde obtidos, considerando a atitude mediada e os efeitos cognitivos, e os resultados na saúde a longo prazo e da prevenção, influenciados por fatores psicossociais.

Pode-se perspetivar o conceito de literacia em saúde, associado à atual sociedade da informação, entendendo-o como um espaço diversificado de aptidões e competências que os indivíduos desenvolvem para procurar, compreender, avaliar e utilizar a informação disponível relativamente à saúde, no sentido de efetuarem escolhas informadas, reduzir os riscos de saúde e aumentar a sua qualidade de vida, bem como do grupo ou comunidade em que se inserem. Estas capacitações permitem aos indivíduos utilizar a informação para compreenderem e adaptarem-se a novas situações relacionadas com a saúde, à medida que estas possam vir a surgir, constituindo a literacia em saúde um campo de interação dinâmica de aprendizagens em domínios elementares, científicos, cívicos e culturais, associadas aos contextos em que tais competências são aplicadas, constituindo este conceito um elemento basilar a desenvolver, pelos profissionais que atuam na área da educação para a saúde, no seio das comunidades em que desenvolvem as suas intervenções (Zarcadoolas & Pleasant, 2009; Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2006).

Capítulo 2

Saúde escolar:

Elemento basilar da promoção e educação para a saúde

“Aquele que tem saúde tem esperança, e quem tem
esperança tem tudo.”

(Provérbio árabe)

1 – Entre o desenvolvimento sustentável e a participação ativa: Educação para a saúde

A promoção e a educação para a saúde, enquanto processos que combinam experiências de aprendizagem, desenvolvidas com o propósito de facilitar ações voluntárias dos indivíduos fomentadoras da saúde, em interação com o contexto ambiental em que se integram, assumem atualmente uma importância fundamental no que respeita ao desenvolvimento sustentado das condições de vida dos grupos e das comunidades.

“A saúde é um recurso do quotidiano individual e social. Promover a saúde significa que, colectiva e individualmente, as pessoas procuram controlar os processos que actuam sobre a sua saúde e a saúde da sua comunidade e procurar melhorá-la, com vista ao bem-estar.” (Silva, 2002b, p. 275).

Consideram-se elementos essenciais à saúde os fatores de natureza social e económica, ultrapassando a perspetiva que encarava a saúde como um mero resultado de ações individuais, atos médicos e serviços de saúde, exigindo, ao invés, uma inserção na comunidade que possibilita condições de vida e desenvolvimento, a par da realização das capacitações individuais e coletivas. Torna-se relevante enquadrar estes aspetos numa perspetiva que englobe a formação ao longo da vida, enquanto ferramenta para aquisição de capacitações e competências, pelos indivíduos, e de participação ativa e responsável, no seio das comunidades que integram, podendo ser definidos como princípios basilares da saúde um conceito holístico e não apenas relacionado com a doença e a sua prevenção, que implica equidade, justiça social e empoderamento (Tones, 2005).

Na implementação de programas de promoção da saúde é essencial uma adequada compreensão dos comportamentos de saúde da população-alvo e do contexto em que ocorrem, devendo ser desenvolvidos e geridos através da utilização de modelos de planeamento estratégico, sendo permanentemente monitorizados, desempenhando neste campo as teorias do comportamento em saúde um papel essencial, orientando as etapas dos procedimentos de planeamento, implementação e avaliação da ação empreendida. “A Saúde Pública e os programas de promoção da saúde podem ajudar a melhorar a saúde, reduzir riscos de doenças, lidar com doenças crónicas e melhorar o bem-estar e auto-suficiência de indivíduos, famílias, organizações e comunidades.” (Glanz, 1999, p. 11), sendo atualmente fundamental o papel

que os agentes da comunidade educativa e dos serviços de saúde desempenham nos processos de promoção e educação para a saúde, junto da comunidade educativa e das populações.

1.1 – Educação para a saúde: Elemento basilar da promoção da saúde

A saúde⁴³ tem sido, desde sempre, um bem extremamente valorizado e apreciado em todas as sociedades e culturas, constituindo a forma mais premente para atingir o bem-estar físico, psíquico e social (Figura n.º 12), um conceito definido pela OMS em 1964 (Amaro, 2001). Esta conceção necessita ser enquadrada atualmente num novo paradigma cultural de saúde, em que a realidade social e humana se torna indissociável da realidade biológica e ecológica, assumindo um sentido holístico em que o homem é contemplado como uma unidade integral (Quesada & Hernando, 2007).

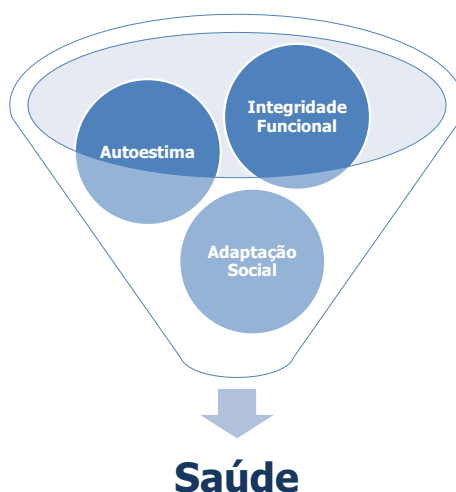


Figura n.º 12 – Elementos essenciais à saúde

Em 1974, o Relatório Lalonde representa um marco histórico no campo da promoção da saúde (Lalonde, 1981), ao por em causa o substancial impacto e os elevados custos dos cuidados médicos que eram, por vezes, insuficientes para intervir num conjunto de determinantes da saúde, nos quais se englobava os biológicos, os ambientais e os relacionados

⁴³ “Embora a palavra saúde seja uma das palavras mais utilizadas, a sua definição sempre foi difícil. Se considerarmos a saúde apenas como a ausência de doença teremos dificuldade em compreender porque é que alguns indivíduos se sentem doentes e até incapazes de realizar tarefas habituais, embora não se encontre neles nenhuma situação que possa ser considerada objectivamente como doença. Por outro lado, nos inquéritos realizados sobre a saúde, muitos indivíduos podem considerar que gozam de excelente saúde e, no entanto, estarem bastante afectados por doenças concretas, embora não tenham consciência do facto. Acresce ainda que a noção de saúde pode ser diferente em várias regiões do mundo e tem variado através dos tempos.” (Amaro, 2001, p. 229).

com os estilos de vida, propondo como solução a ampliação do campo de intervenção da saúde pública, dando prioridade a medidas preventivas e a programas educativos, que promovessem mudanças comportamentais (Sícoli & Nascimento, 2003).

A promoção e educação para a saúde⁴⁴ têm como objetivo melhorar qualitativamente a vida humana, através de intervenções de cariz formativo que patenteiem um sentido de ajuda positiva e de potenciação dos indivíduos, no sentido da gestão da sua própria saúde e, conjuntamente, promover as mudanças ambientais adequadas e o desenvolvimento de comportamentos suscetíveis de produzir formas de vida saudáveis. A possibilidade de desenvolvimento deve ser uma pertença de cada indivíduo, população ou povo, que representam os destinatários mas também os intervenientes dos processos de mudança, que se podem entender como formas de ampliação das capacidades e das opções com que contam, principalmente os sectores socialmente mais vulneráveis e empobrecidos, tornando-os donos do seu futuro, incrementando a sua autonomia e protagonismo nestes processos (Vega, 2005).

Entendendo a saúde como um direito fundamental dos indivíduos, este estado só se poderá alcançar mediante um esforço de cidadania e institucional, para eliminar desigualdades e garantir o acesso igualitário à informação, equipamentos e serviços, cabendo à comunidade o papel capital de desenvolver a consciência de que a saúde é uma responsabilidade coletiva, sendo essenciais os esforços de cooperação que fomentem processos de promoção e educação para a saúde. Assim, importa refletir sobre o potencial de desenvolvimento da educação para a saúde, alicerçado na participação ativa e efetiva dos indivíduos e comunidades, definido, considerando as alterações que o seu significado tem sofrido ao longo dos tempos, como toda e qualquer intervenção, sobre a pessoa e o grupo, que ajude o indivíduo a querer, poder e saber escolher e adotar, de forma responsável, livre e esclarecida, comportamentos e atitudes adequados para favorecer a sua saúde e a do grupo ou comunidade onde se insere (Carvalho & Carvalho, 2006; Gilbert, Sawyer & McNeill, 2011; Redman, 2001/2003).

⁴⁴ “Começo por destacar três questões que, ao meu ver, articulam idéias e referenciais privilegiados para a abordagem da promoção da saúde e que fazem menção às limitações do modelo biomédico e sua ênfase na clínica de orientação curativa para dar conta da saúde, sendo esta, por outro lado, entendida em um conceito ampliado e dotado da dimensão de processo dinâmico e em permanente mudança. Uma segunda questão aqui apontada para a promoção da saúde desdobra a compreensão da saúde, anteriormente citada, para além da prática clínica e incorpora as condições de vida, geradas pelas relações sociais, como importante elemento do processo saúde-doença. Nele, partimos do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos mas são também, e importantemente, influenciados pelas relações sociais que engendram formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. O terceiro ponto a ser destacado enfatiza que, apesar da crítica à insuficiência da perspectiva curativa existir em outras estratégias além da de promoção da saúde, esta, em especial, tem estabelecido uma importante diferença entre prevenir doenças e promover saúde, apesar da prevenção e da promoção terem em comum a ênfase no cuidado e não na cura.” (Marcondes, 2005, p. 2).

A promoção e educação para a saúde deverá ser integrada no âmbito do desenvolvimento social dos indivíduos, podendo ser encarada como um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos da infância, orientado para o conhecimento de si mesmo em todas as dimensões, tanto individuais como sociais, bem como do ambiente que o rodeia na sua dupla dimensão, ecológica e social, tendo como objetivo poder alcançar uma forma de vida saudável e participar na saúde coletiva (Quesada & Hernando, 2007).

Contribuindo para dar uma resposta eficaz e coerente às diferentes necessidades de saúde manifestadas no seio das sociedades, emergem três áreas de intervenção prioritárias, os problemas de saúde, os estilos de vida e as transições vitais, essenciais para garantir o desenvolvimento sustentado e sustentável dos indivíduos e comunidades. As intervenções desenvolvidas nestas áreas condicionam os objetivos a estabelecer e as estratégias a aplicar, bem como o perfil dos profissionais que desenvolvem a sua atividade neste âmbito, face aos conhecimentos, atitudes e competências necessários para compreender, abordar e intervir de forma adequada e pertinente perante estas necessidades de saúde, bem aos fatores com elas relacionados (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [CISNS], 2003).

1.2 – Participação responsável na educação para a saúde: Promovendo estratégias de desenvolvimento

A análise dos procedimentos metodológicos que se podem aplicar, no âmbito da promoção da saúde, permite caracterizar estas atividades como intervenções que possibilitam aos indivíduos incrementar o controlo sobre a sua saúde para a melhorar, abarcando não só as ações dirigidas especificamente para aumentar as suas competências e capacitações, mas também para as dirigir no sentido de modificar as condições sociais, ambientais e económicas com impacto ao nível da saúde, pela participação ativa dos indivíduos e das comunidades em processos de empoderamento que possibilitem um desenvolvimento sustentado (Green & Tones, 2010). Neste contexto a educação para a saúde engloba as oportunidades de aprendizagem criadas de forma consciente, com o fim de melhorar a alfabetização sanitária, através do acréscimo do conhecimento das populações e do desenvolvimento de habilitações que conduzam a melhorias na saúde, sendo encarada como um processo educativo que tem por objetivo a responsabilização dos cidadãos para a defesa da saúde individual e coletiva.

Estas atividades, assumidas por profissionais de diversas áreas de atividade, nomeadamente as da saúde, intervenção social e educação, constituem os elementos

essenciais dos processos de assistência às populações, tanto ao nível da prevenção, como do tratamento e da reabilitação da doença (CISNS, 2003). A própria OMS realça a importância da responsabilidade do indivíduo e das coletividades no desenvolvimento de atividades de vida saudável, propondo que se potencie a preparação das comunidades para enfrentar este repto, apelando às instituições de saúde que atuem neste sentido, considerando a autonomia, a responsabilidade, a solidariedade, o compromisso com o meio e a participação ativa como elementos capitais para um estilo saudável de vida comunitária.

Estes processos de participação, no âmbito da educação para a saúde, deverão possibilitar o desenvolvimento de um sentido de responsabilidade pela saúde a nível individual e coletivo, permitindo potenciar atitudes que levem à cooperação dos indivíduos, de forma crítica e construtiva, na gestão da saúde comunitária. Com base nos aspetos indicados, será possível assumir a saúde como um património coletivo, fomentando o acesso e a utilização adequada dos Serviços de Saúde, modificando e promovendo atitudes otimizadas relativamente à promoção e recuperação da saúde, fomentando mudanças ambientais favoráveis às alterações preconizadas e capacitando os indivíduos para que possam participar ativamente na tomada de decisões sobre a sua saúde e da sua comunidade (Miranda, 1992).

Analisando estas perspetivas, podemos enquadrá-las nas conceções que assumem a educação como um fator de desenvolvimento, destacando alguns aspetos emergentes em 1995, na *V Conferencia Iberoamericana de Educación*, como o facto de se considerar que o progresso engloba melhorias de carácter social na qualidade de vida da população, através de políticas de acesso que primem pela equidade social, e processos que, para além de conciliar o crescimento económico com o desenvolvimento social, traduzam o crescimento económico em desenvolvimento social. A este aspeto importa associar o conceito de sustentabilidade, imprescindível ao desenvolvimento social e comunitário, que pode ser enquadrado em duas vertentes, uma que engloba as interações estabelecidas entre os indivíduos e o ambiente que os rodeia e outra que engloba as relações estabelecidas entre os indivíduos e as comunidades, que condicionam a vertente anterior, sendo nestes contextos e com os condicionalismos que lhes estão inerentes que se deverá promover o desenvolvimento sustentável.

Outro aspeto a realçar, no que respeita aos contributos para o desenvolvimento dos indivíduos e com especial relevância no âmbito da promoção e educação para a saúde, tem a ver com a importância de fomentar atividades formativas que promovam atitudes favoráveis, como a responsabilidade, a autoestima, o respeito pelos outros, a curiosidade, a apetência para o trabalho em equipa e a liderança, que serão decisivas para uma mudança de mentalidades e

para uma atitude favorável perante processos de desenvolvimento sustentado e sustentável (Urzúa, Puelles & Torreblanca, 1995).

Para que exista a adoção das atitudes referenciadas, enquadradas num conceito de participação efetiva, ativa e responsável dos indivíduos, grupos, comunidades e populações é fundamental que existam processos de formação e de aprendizagem desenvolvidos ao longo da vida dos indivíduos, que podem teoricamente remeter-nos para o ideal da educação permanente, funcionando como um marco integrador que possibilite a sua capacitação perante as necessidades que lhes surjam pelo emergir de novos conhecimentos, a que se têm de adaptar, devendo tais processos constituir-se como democratizadores do conhecimento e dinamizadores do desenvolvimento social (Lucio-Villegas, 2005).

A aprendizagem ao longo da vida constitui um pilar socioeducativo, articulando-se com políticas de carácter social e redistributivo, numa conceção orientada para a provisão pública da educação e para a igualdade de oportunidades, assumindo em muitos casos o objetivo de promover o esclarecimento e a autonomia dos indivíduos, para além da transformação social emergente da prática de processos de cidadania ativos, responsáveis e críticos. Nesta visão, a aprendizagem ao longo da vida tem sido alvo de processos de desenvolvimento, emergentes de políticas de formação que acentuam a relevância da educação para a democracia e cidadania, para a responsabilidade social e emancipação, alicerçadas em conceitos de desenvolvimento inspirados por quadros conceptuais relacionados com as teorias da modernização e do capital humano, conferindo especial relevância à organização da sociedade civil, através do associativismo ou do desenvolvimento local e comunitário (Lima, 2003).

O processo de aprendizagem ao longo da vida não constitui um conceito novo, mas a reinvenção do pressuposto de aprender até morrer, representado pela necessidade de adquirir novas capacitações quotidianamente, que permitam a resolução das situações que vão surgindo, sendo esta uma característica essencial à vida humana. O desenvolvimento deverá ser encarado como um bem comum e não somente de alguns, sendo impulsionado e realizado pelos seres humanos atendendo à melhoria da sua qualidade de vida, com base na participação dos indivíduos, a integração dos diversos sectores de atividade, a solidariedade social e a preservação do ambiente natural e construído.

Este processo só é real quando se centra nas realidades do contexto em que se vive, não existindo desenvolvimento nacional ou regional sem desenvolvimento local ou comunitário, implicando nos indivíduos um processo contínuo de aprendizagem relativamente

às questões e desafios que surgem no decorrer destes processos, focalizando-se nos seus valores individuais, sociais e culturais, e nas suas expectativas e aptidões, requerendo a oportuna tomada de decisões baseadas no conhecimento das realidades concretas, integrando estratégias de formação ao longo da vida orientadas no sentido da qualificação dos recursos humanos da comunidade, para dar resposta aos desafios que se apresentam, pois só assim se poderá implementar processos de desenvolvimento sustentáveis (Figueira & Garcia, 2002).

A incorporação dos contextos em que os indivíduos se integram nos processos de formação, implica encará-los não só como um ponto de chegada mas como um novo ponto de partida, abrindo renovadas perspetivas de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades de inovação, crítica e de transformação societal coletivamente partilhada. O aspeto basilar da aprendizagem desenvolvida na sociedade, independentemente das suas fontes, é o contributo que faculta para tornar irreversível a capacidade de procurar com autonomia as competências e os saberes necessários, características capitais da aprendizagem sustentável (Almeida, 2003).

As conceções anteriores possibilitam compreender o facto dos conceitos de saúde, educação e desenvolvimento se encontrarem intimamente associados, pois quer do desenvolvimento insuficiente, normalmente associado a contextos sociais de menores recursos, quer do desenvolvimento excessivo, normalmente associado a contextos sociais em grande expansão, poderão resultar problemas de saúde, perante os quais a formação terá um importante papel na prevenção dos problemas a tais factos relacionados. A promoção e educação para a saúde representam uma prioridade para a concretização plena de programas de desenvolvimento sustentável, estando ligadas a aspetos contextuais corrigíveis, podendo ser as bases reconhecidas e defendidas de novas políticas e práticas a implementar.

Assentando na reciprocidade assumida pelo facto de os índices de desenvolvimento, social e económico, se refletirem ao nível da qualidade de vida dos indivíduos, a saúde não será um mero indicador de desenvolvimento económico e social, mas um veículo decisivo para o desenvolvimento sustentável (Ganilho, 2006). Não se pode confundir o crescimento económico com o processo de desenvolvimento, ou deixar que influencie inadequadamente outros aspetos como o bem-estar social, a cultura e a preservação do meio ambiente, devendo o desenvolvimento ser assumido como um valor comum, implicando encontrar caminhos sustentáveis para este processo, num paradigma que tenha como base uma maior participação dos indivíduos, em total integração com todos os sectores de atividade, assegurando e promovendo a cultura, a solidariedade social e a preservação do meio ambiente.

Através da aprendizagem que é feita em processos de formação ao longo da vida, interpretando realidades contextuais, resolvendo problemas, satisfazendo necessidades que surgem e equacionando novas soluções para os problemas que vão emergindo, será possível promover e implementar com sucesso estratégias de desenvolvimento, pois este é um processo dinâmico em que as necessidades resolvidas geram novas necessidades e os problemas resolvidos originam novos problemas. Só aprendendo ao longo da vida os indivíduos e as comunidades podem almejar usufruir uma melhor qualidade de vida, sendo importante um conjunto de condições, para que esta aprendizagem conduza a um desenvolvimento sustentável, como seja o envolvimento ativo da comunidade, a promoção das características do contexto, o envolvimento na gestão dos processos, a solidariedade, a integração, a sustentabilidade, a viabilidade, a qualificação, a capacitação, a proximidade, a globalização e a criação de uma rede de apoio (Figueira, 2006).

O desenvolvimento desencadeado por processos de aprendizagem ao longo da vida, nomeadamente no que respeita à promoção e educação para a saúde, não será possível sem a participação ativa, implicando atribuir poder aos indivíduos e às comunidades, um processo em que todos os seus atores crescem e convivem e pelo qual se encarregam, implicando uma tomada plena de consciência das suas potencialidades e responsabilidades. Constituindo processos endógenos e promotores de outras formas de intervenção e de relação, têm na participação um elemento imprescindível para a sua realização, uma vez que estes processos de colaboração ativa não surgem do nada, mas emergem de práticas participativas alargadas, bem como das experiências de cooperação das comunidades (Lucio-Villegas, 2007).

1.3 – Mediador de escolhas: Perfil do educador para a saúde

Qualquer processo educativo está englobado num contexto social, o que leva a considerar que tanto a sociedade, em geral, como a comunidade, em particular, são importantes agentes educativos, em especial num espaço como o da educação para a saúde, dado que os seus valores essenciais, educação e saúde, emergem e são valorizados muito concretamente no âmbito comunitário. Toda a proposta de desenvolvimento de uma comunidade, ao nível da saúde, implica um processo de trabalho comum e participativo, atualmente mais necessário que nunca, se pretendemos favorecer a prevenção, a promoção e a manutenção da saúde, tanto ao nível individual como coletivo (Quesada & Hernando, 2007).

Estes factos implicam uma intervenção profissional ponderada e adequada, podendo-

se considerar que ao nível do desenvolvimento comunitário não existem conceções uniformes nem fórmulas predefinidas de atuação, dependendo de vários fatores, como os marcos ideológicos, as características socioeconómicas, os objetivos a atingir, os contextos de intervenção e as entidades promotoras, entre muitos outros. Estas premissas permitem perspetivar a necessidade de configuração de um perfil adequado para qualquer profissional que atue neste âmbito, com os conhecimentos necessários para levar a cabo as intervenções, mas igualmente com a sensibilidade, perceção e criatividade que lhe possibilite estabelecer de forma adequada uma relação de ajuda, promotora do desenvolvimento ao nível da saúde.

De forma geral, o educador para a saúde deverá ser um indivíduo envolvido na comunidade, que nela seja respeitado e que conheça em profundidade o contexto em que desenvolve a atividade, sublinhando-se a importância de poder ter um papel transformador, que lhe possibilite por em prática os seus conhecimentos, podendo e devendo ser o elemento de articulação entre a comunidade e as equipas multidisciplinares de saúde (Vega, 2005). Torna-se imprescindível que estes agentes, dos sectores profissionais habilitados para implementar processos de educação para a saúde, conheçam adequadamente os contextos e os âmbitos onde as intervenções se desenvolvem, bem como os lugares onde distintos grupos de população vivem e convivem, se apoiam e se reúnem ou trabalham, sendo de realçar que, para melhorar a eficácia das atividades de promoção da saúde, estas se devem desenvolver e integrar nos espaços de sociabilidade mais comuns e quotidianos dos indivíduos.

São diversas as intervenções levadas a cabo em termos da promoção da saúde, ao nível das comunidades, optando-se por destacar as que se podem considerar mais comuns ou representativas desta atividade, começando-se por destacar o aconselhamento e a assessoria, dirigidas a indivíduos que recorrem a apoio no âmbito da saúde para apresentar uma questão ou procurar solução para determinados problemas, sendo normalmente intervenções breves, realizadas de forma individual. A educação para a saúde individual é outra intervenção, implicando um conjunto de atividades educativas, acordadas entre o profissional e o utente, já no âmbito da educação para a saúde coletiva, as intervenções são dirigidas a grupos homogéneos de indivíduos, com o intuito de desenvolver as suas competências para a abordagem de problemas ou aspetos de saúde, contemplando-se intervenções dirigidas à comunidade através de ateliês, cursos ou sessões que permitam aumentar a sua consciência relativamente a fatores sociais, políticos ou ambientais que influenciem a sua saúde.

Outra área de intervenção, a informação e comunicação, tem a ver com a elaboração e utilização de instrumentos diversos, como folhetos, cartazes, vídeos, diaporamas, e com a

participação nos meios de comunicação, imprensa, rádio, televisão, Internet, no sentido de melhorar a eficácia da difusão das mensagens, sendo relevante referenciar as intervenções de ação e dinamização social, no âmbito do desenvolvimento comunitário, promovendo a alteração de normas sociais e o trabalho cooperativo em redes, através de intercâmbios com associações e/ou grupos. Outro campo de intervenção essencial respeita à defesa de medidas de promoção da saúde junto das estruturas responsáveis, exigindo o incremento de estratégias intersectoriais, alterações organizativas dos serviços e implementação de medidas legislativas, económicas e técnico-administrativas, relevantes ao nível da saúde (CISNS, 2003).

Os profissionais que desenvolvem a sua atividade no âmbito da promoção e educação para a saúde têm um importante papel de mediação, entre os indivíduos e os objetivos a atingir, entre as comunidades e os recursos necessários à implementação das medidas preconizadas, entre as populações e as organizações a quem compete muitas vezes por em prática e implementar processos e intervenções que influenciam a saúde comunitária, assumindo responsabilidades contínuas relativamente aos indivíduos, grupos e comunidades, para além das que respeitam à gestão dos recursos que lhes são disponibilizados para por em prática os projetos estabelecidos (Sebastian & Stanhope, 1999).

Considerando que a prática da promoção e educação para a saúde implica assumir e reconhecer um papel concreto, por parte dos diferentes profissionais envolvidos no seu desenvolvimento, tendo como fundamento as conceções expressas anteriormente, torna-se fundamental definir os aspetos-chave do perfil socioprofissional do educador para a saúde:

- Desenvolver uma atividade formativa que lhe possibilite identificar e analisar necessidades, definir objetivos direcionados, selecionar as estratégias mais adequadas e efetuar a monitorização e a avaliação dos processos formativos;
- Conseguir identificar e entender as necessidades de saúde numa perspetiva biopsicossocial, holística e de saúde positiva;
- Capacidade de trabalhar em equipa no desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde e de reconhecimento da importância da complementaridade da atividade desenvolvida no âmbito multidisciplinar;
- Desenvolver capacidades de comunicação e de relação com os outros profissionais, com os indivíduos junto de quem intervêm, com a comunidade com que trabalha e com os gestores ou diretores das instituições com quem se relaciona neste âmbito;
- Capacidade de negociação de objetivos e estratégias de promoção da saúde, tomando decisões conjuntas, procurando o envolvimento e a participação dos grupos ou

associações interessadas;

- Desenvolver uma relação capacitante em relação aos utentes e a outros intervenientes envolvidos nos processos, que facilite o empoderamento dos grupos, comunidades e associações interessadas;
- Capacidade para programar e implementar intervenções sustentáveis e coerentes, face ao contexto social e institucional onde se desenvolvem;
- Desenvolver uma cultura de melhoria contínua da promoção da saúde, integrando os modelos teóricos mais adequados a cada situação, de boas práticas e os sistemas de avaliação das intervenções realizadas;
- Capacidade para o trabalho intersectorial, compartilhando linguagens próprias, espaços, organizações, pontos de vista distintos e complementares em programas e projetos de responsabilidade partilhada;
- Desenvolver aptidões de liderança, que perante um objetivo lhe permitam estimular os outros, organizar as atividades, delegar tarefas, gerir o tempo de forma adequada e tomar decisões eficazes;
- Capacidade interpessoal de comunicação, motivação, elogio, monitorização, criação de compromissos, supervisão, construção de equipas e gestão dos recursos;
- Desenvolver aptidões políticas, que incluam capacidades de negociação, resolução de conflitos, reconhecer e gerir a dinâmica do poder, na defesa das condições de saúde a nível comunitário e institucional.

O papel assumido pelos profissionais envolvidos nos processos de promoção da saúde, implica o seu envolvimento efetivo num modelo mais alargado de saúde, abrangendo as atitudes, comportamentos e estilos de vida que se traduzem no bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos e das comunidades, contribuindo para evitar a doença ou o surgimento de outras condições, que possam por em risco a saúde, considerando a população como um todo e o contexto em que vivem, não focando apenas a atenção em aspetos específicos, que podem limitar a abrangência efetiva das intervenções a implementar (Amaro, 2001).

1.4 – Responsabilizando a tomada de opções em saúde

Reafirmando a dificuldade de, na atualidade, efetuar uma definição completa e conclusiva do termo saúde, pode-se afirmar que as principais conceções que se lhe encontram subjacentes se situam em dois pólos, resultantes da filosofia que lhes subjaz. Se a saúde se

tornar um *fim em si mesma*, estaremos perante uma abordagem de cariz normativo, eminentemente dependente do controlo sanitário, que não emerge e, possivelmente, não abarca os problemas reais dos indivíduos e das comunidades. Se ao invés, a visão de saúde se fundar numa perspetiva primordial, que vise o desenvolvimento integral dos indivíduos, grupos e comunidades, na senda da promoção da autorresponsabilização e autodeterminação, reinserindo os cuidados de saúde no tecido social e económico da vida quotidiana, envolverá uma prática compensadora para todos os englobados no processo (Martins, 2009).

Implica assim situar e compreender cada indivíduo e o grupo mais amplo que se insere na sua dinâmica e cultura própria, inseridas nas respetivas dimensões socioeconómicas, estimulando e desenvolvendo as suas competências de adaptação, afirmação e criatividade. Na perspetiva da formação para o desenvolvimento comunitário, pode-se considerar a educação para a saúde como um processo de comunicação interpessoal dirigido a informar, efetuar análises críticas dos problemas de saúde, responsabilizar os indivíduos e os grupos sociais relativamente às decisões sobre o comportamento saudável, individual e coletivo, catalisando um processo maturativo, pessoal e grupal, de ver, julgar e atuar (Miranda, 1992).

Esta conceção envolve um processo educativo de atividades continuadas e planificadas, que procure influenciar as atitudes, motivações e hábitos das comunidades, tendendo a responsabilizar os indivíduos, promovendo a sua maturação e capacitação, visando aumentar o seu controle sobre a saúde, pela sua participação, mobilização e intervenção, elementos imprescindíveis de qualquer processo de educação para a saúde. Os programas de promoção da saúde podem ajudar a reduzir os riscos de doenças, a lidar com doenças crónicas e a contribuir para o bem-estar e a autossuficiência dos indivíduos, famílias, organizações e comunidades, mas para terem sucesso é importante que se baseiem na efetiva compreensão dos comportamentos de saúde alvo da intervenção e do contexto ambiental em que ocorrem, devendo ser desenvolvidos e geridos utilizando modelos de planeamento estratégico e continuamente melhorados, através de processos efetivos de avaliação (Glanz, 1999).

As atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde constituem fatores essenciais para que os indivíduos possam integrar, adotar e empreender as mais diversas intervenções neste âmbito, que conduzam ao desenvolvimento, à maturação e à emancipação das populações na escolha consciente, criteriosa e personalizada de um estilo de vida saudável⁴⁵, sendo sem dúvida este o caminho para que o possam conseguir. Na educação para

⁴⁵ “Estilo de vida saudável é um conceito que se refere às tais práticas que, no modo de vida individual, contribuem para manter a saúde. Essencialmente, referem-se à prática regular de exercício físico com algum esforço e à alimentação equilibrada.” (Silva, 2002a, p. 55).

a saúde intervêm aspetos de natureza económica, legislativa, política e sociais, para além de formativos, no entanto, aquilo que não parece poder ser alvo de discussão é que qualquer programa neste âmbito deverá estar envolvido em projetos de desenvolvimento comunitário, a nível global, e não ser meramente dirigido a sectores específicos (Miranda, 1992).

A promoção da saúde constitui um instrumento indispensável e uma estratégia elementar na resposta aos problemas e situações de saúde mais comuns, não apenas pela redução da dificuldade ou enfermidade, mas por permitir obter um nível de saúde compatível com uma boa qualidade de vida, constituindo a educação para a saúde uma ferramenta de incorporação indispensável nos processos de intervenção global, relativamente aos problemas de saúde, sendo fundamental inculcar este conceito nos decisores e planificadores da saúde, para que se possam efetivamente introduzir políticas e recursos que apostem realmente nesta opção. Para tal tem que existir uma sensibilização e uma capacitação técnica correspondente, que torne possível a promoção da saúde dos indivíduos, família, grupos sociais e comunidade, para que se tornem eles próprios agentes neste âmbito de intervenção e se responsabilizem por participar ativamente na solução dos problemas, em conjunto com as organizações e as instituições públicas, dos vários sectores implicados (CISNS, 2003; Green & Tones, 2010).

O estado de desenvolvimento pleno e sustentado de uma nação ou comunidade, em termos de saúde, cada vez mais terá que ser avaliado não só através da capacidade que apresenta no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, mas especialmente através da capacidade apresentada na sua prevenção, com claras vantagens a vários níveis, especialmente económico, social e familiar, resultando na diminuição do padecimento que as situações de doença produzem nos indivíduos. Nesta perspetiva destaca-se a importância da educação, mais concretamente da educação para a saúde, que para além da sua relevância em termos sociais e económicos constitui um direito de todos os indivíduos, pelo que se deve envidar todos os esforços para obstar às dificuldades que possam dificultar a universalização e consagração deste direito, que deve responder às novas exigências e aos desafios renovados, dado que não basta assegurar um determinado nível de educação a todos os indivíduos, nem considerar como um processo que termina em certa idade.

A educação, enquanto processo promotor de desenvolvimento, constitui um contínuo vital, sendo fundamental que os poderes competentes entendam e integrem este conceito numa perspetiva que potencie e efetive uma educação que se prolongue ao longo da vida, já que nenhuma comunidade poderá aspirar a ser íntegra, saudável e competitiva sem aproveitar o seu recurso mais valioso, o seu capital humano (Urzúa *et al.*, 1995).

2 – Enraizando estilos de vida saudáveis: Saúde escolar

As escolas não podem ensinar tudo, as decisões devem ser tomadas sobre o que é mais importante, numa cultura particular, e as opções adequadas devem ser tomadas nesse sentido (Tones, 2005). No entanto, algo que deverá ser globalmente aceite é o facto de que todo e qualquer sistema de educação eficiente deve assegurar um elemento fundamental, a saúde e o bem-estar das crianças e jovens, promovendo a sua capacidade para aprender. A saúde e a educação são indissociáveis, pois se o estado de saúde está intimamente relacionado com o acesso à escola e com a capacidade de aprender, os comportamentos de saúde estão associados aos resultados escolares, como as avaliações. Estas ligações significam que melhorar a eficácia de um sector pode vir a beneficiar outro sector, sendo as escolas, portanto, um cenário importante para a educação e a saúde (Barnekow *et al.*, 2006).

As condições de salubridade adequadas, associadas a boas condições de desenvolvimento físico, mental e social, são elementos fundamentais para incrementar a adesão escolar e diminuir o absentismo, tornando as instituições de ensino espaços de equidade em saúde, assumindo a responsabilidade de assegurar aos estudantes boas condições de saúde e de os preparar para a sua vida futura como adultos e cidadãos (Pommier *et al.*, 2009). Nesta perspetiva toda a comunidade educativa, mas principalmente os indivíduos oriundos de contextos menos saudáveis e com lacunas ao nível nutricional, obtém um maior benefício a nível educativo destas condições de saúde mais adequadas.

O desenvolvimento de programas de saúde escolar adequados, fruto de parcerias de natureza comunitária, será um elemento essencial e sustentável para alcançar um espetro populacional amplo, que vai desde as crianças e adolescentes em idade escolar à própria comunidade em geral, constituindo uma estratégia essencial de promoção de estilos de vida saudáveis. Só desta forma se poderá consolidar um conceito de saúde que vise o desenvolvimento pleno dos indivíduos, grupos e comunidades, numa dinâmica personalizada de cariz cultural, social e económico, sustentado no desenvolvimento de capacidades de integração, participação e assertividade (Martins, 2008).

O estabelecimento destes programas permite a edificação de um ambiente escolar mais adequado e saudável, devendo ser objetivo destes projetos a definição de intervenções

que possam inclusivamente ser implementadas em contextos com maiores lacunas ao nível dos recursos disponíveis, não sendo apenas direcionados para a prevenção da doença, mas proporcionando aos estudantes a oportunidade de reforçar a sua capacidade de aprender, através da promoção de saúde, física e mental, e do bem-estar social⁴⁶ (Percy *et al.*, 2009).

2.1 – Educação e saúde em parceria: Metas da saúde escolar

As crianças e adolescentes necessitam ser saudáveis para aprender e, naturalmente, educados para ser saudáveis pelo que, mais do que nunca, a saúde e a educação devem continuar a trabalhar em conjunto, nos seus mais diversos níveis e contextos de intervenção, visando proporcionar um adequado e sustentável atendimento às necessidades de saúde e educação desta população-alvo. Perante os problemas quotidianos que ameaçam a saúde e o bem-estar, pode-se considerar que esta colaboração é cada vez mais importante (King & Eckstein, 2006), representando a saúde escolar um instrumento fundamental, alicerçado num processo de parceria, que engloba não só o sistema de saúde e de educação, como outros intervenientes, como as forças de segurança, a sociedade civil, a comunidade e a família.

Desta forma, caberá à escola assegurar uma relação eficaz com o contexto social em que se insere, levando-o a participar nos programas de saúde escolar em que se envolve, mas também participar de forma ativa nos programas desenvolvidos na própria comunidade. Os programas de saúde escolar devem integrar todo um conjunto de ações planificadas, sequenciais e estratégias, englobando atividades que poderão ser desenvolvidas por entidades de referência, destinadas a promover o desenvolvimento físico, psicológico, emocional, social e educativo dos estudantes, devendo englobar áreas como a prevenção, educação, cuidados de emergência e gestão de condições de saúde agudas e crónicas, tendo por meta assegurar os necessários cuidados aos estudantes, promover a saúde, identificar e prevenir problemas de saúde e lesões (King & Eckstein, 2006; Schwab & Gelfman, 2005).

Para assegurar o seu êxito é indispensável o apoio das famílias e da comunidade, que neles devem ser envolvidas, considerando igualmente as necessidades da própria comunidade, os recursos existentes, as regras, normas ou legislação vigentes, devendo os programas ser coordenados por uma equipa multidisciplinar, devidamente capacitada, que seja responsável

⁴⁶ “As escolas, as cidades, os meios rurais, os serviços de saúde e os locais de trabalho apresentam características privilegiadas para este tipo de abordagem, na medida em que permitem implementar estratégias globais, assentes na participação e na capacitação das pessoas e na criação de condições ambientais saudáveis e seguras.” (Nunes, 2002, p. 213)

pela qualidade das intervenções e pela sua eficácia. Os programas de saúde escolar têm como principais metas o rastreio, diagnóstico e aconselhamento em saúde, englobando os cuidados de urgência e emergência aos estudantes, a atempada implementação de intervenções adequadas aos problemas de saúde identificados, os exames exigidos e necessários aos estudantes, assistência com medicação durante o período escolar, acompanhamento de saúde das crianças com necessidades especiais e aconselhamento de saúde.

Estes programas abarcam ainda as atividades de promoção da saúde, prevenção de acidentes e de ligação e referência, com os serviços existentes na comunidade (Schwab & Gelfman, 2005), pelo que tomando em linha de conta as metas dos programas de saúde escolar, já indicadas, pode-se entender que os seus principais objetivos são:

- Promover a saúde e o bem-estar;
- Prevenir doenças específicas, distúrbios de saúde e lesões;
- Prevenir comportamentos sociais de alto risco;
- Intervir para ajudar crianças e jovens em situação de necessidade ou de risco;
- Apoiar os indivíduos que apresentam necessidades especiais de saúde;
- Promover comportamentos positivos de saúde e segurança.

Um programa de saúde escolar adequado deverá ser composto por diversos componentes, singulares, mas interligados entre si, que permitam abordar a saúde dos estudantes como um todo, não se dedicando exclusivamente à prevenção da doença, mas tendo como principal preocupação proporcionar possibilidades de aprendizagem, complementar e sinérgica, através da promoção da saúde física e mental e do bem-estar social. Entre estes componentes, fundamentais para a saúde escolar, destacamos a educação em saúde, a educação física, os serviços de saúde, os serviços de alimentação, a promoção da saúde dos funcionários, os serviços de aconselhamento psicológico, o ambiente escolar saudável, o envolvimento da família e da comunidade e a educação para o consumo (Massachusetts Department of Public Health [MDPH], 2007):

- *Educação em saúde*: planeamento sequenciado e adaptado às faixas etárias, abordando o desenvolvimento físico, mental, emocional e as dimensões sociais da saúde, desenvolvendo conhecimentos, atitudes e competências, para motivar e auxiliar os alunos a manter e melhorar a sua saúde, prevenir doenças e reduzir os comportamentos de risco relacionados com a saúde;
- *Educação física*: planeamento sequenciado que promova a atividade física ao longo da vida, implementando programas de educação física adequados para desenvolver

competências cinestésicas, desportivas e de aptidão física, melhorando as capacitações mentais, sociais e emocionais;

- *Serviços de saúde*: avaliação, proteção e promoção da saúde do estudante, facilitando o atendimento, garantindo o acesso e encaminhamento para a comunidade e outros prestadores de cuidados, promovendo a utilização dos serviços de cuidados de saúde primária, para prevenção, controle de doenças e outros problemas de saúde, prestação de cuidados de emergência, de ensino e de aconselhamento;
- *Serviços de alimentação*: acesso a uma alimentação variada e nutricionalmente adequada, a preços acessíveis, que responda às necessidades de saúde e nutricionais dos estudantes, num ambiente que promova hábitos alimentares saudáveis e a educação nutricional;
- *Promoção da saúde dos funcionários*⁴⁷: manter e melhorar a saúde e o bem-estar do corpo docente e dos funcionários das escolas, que servem como modelos para os estudantes, proporcionando oportunidades de melhoria da sua saúde através de intervenções que incluam avaliações de saúde, educação em saúde e atividade física;
- *Serviços de aconselhamento psicológico*: atividades centradas no domínio cognitivo, emocional, comportamental e social dos indivíduos, grupos e famílias, com a finalidade de melhorar a saúde mental, emocional, comportamental e social dos estudantes, proporcionando uma segurança física, um ambiente saudável e de apoio que promova a aprendizagem;
- *Ambiente escolar saudável*: espaços físicos adequados e agradáveis, com uma cultura e clima psicossocial favoráveis, proporcionando um ambiente de apoio, seguro e saudável, que promova a aprendizagem;
- *Envolvimento da família e da comunidade*: parcerias entre escolas, famílias, grupos comunitários e indivíduos, que construam um alicerce amplo de apoio aos esforços dos programas de saúde escolar, reunindo os recursos e os serviços que possam responder eficazmente às necessidades de saúde dos estudantes, numa perspetiva de partilha e maximização de recursos e capacitações que permita o desenvolvimento saudável de crianças e jovens, bom como das suas famílias (King & Eckstein, 2006; Medical Officers of Schools Association [MOSA], 1998; Percy *et al.*, 2009).

⁴⁷ “Promover a saúde no local de trabalho implica o desenvolvimento de uma cultura organizacional dentro das empresas que considere o investimento na melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores como fonte de ganhos sociais, de produtividade, de desenvolvimento económico e de satisfação pessoal e profissional.” (Nunes, 2002, p. 211).

A implementação de programas de saúde escolar implica a criação de parcerias intersectoriais, especialmente entre as áreas da saúde, da educação e as comunidades, envolvendo de forma ativa e decisiva as crianças e jovens que desenvolvem a sua aprendizagem nas escolas, principais alvos destes processos, com vista a proporcionar-lhes os conhecimentos e as competências necessárias para obter, gerir e avaliar recursos para manter o bem-estar e a sua saúde física, mental, bem como das suas famílias e da comunidade. O referido apoio da comunidade centra-se num conceito de inclusão da tríade escola / comunidade / ambiente, sendo essencial que o contexto em torno da escola reflita os valores nela desenvolvidos, englobando iniciativas comunitárias de apoio que incluam:

- Facultar acessos às escolas seguros e ativos;
- Restringir a venda e a publicidade de produtos não saudáveis, próximo dos acessos e entradas das escolas;
- Facilitar o acesso a centros sociais para os jovens onde possam apresentar problemas e questões de forma confidencial;
- Proporcionar áreas de lazer atraentes e instalações desportivas na zona de implementação das escolas (Barnekow *et al.*, 2006).

O incremento da saúde escolar tem de ser, cada vez mais, integrado na agenda educativa das instituições de ensino, sendo visto como um instrumento que visa contribuir, através de estratégias como a participação, a competência de ação e a capacitação para o desenvolvimento democrático, de modo lato, e nas escolas, especificamente, minimizando a desigualdade na distribuição de riscos para a saúde e de oportunidades de aprendizagem nas nossas sociedades (Clift, Jensen & Paulus, 2005).

2.2 – Equipas de saúde escolar: Agentes de desenvolvimento

A saúde escolar, enquanto referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na comunidade educativa, tem como finalidade melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social, contribuindo para a qualidade de vida (MS-DGS, 2006), face ao papel essencial da escola no processo de aquisição de estilos de vida, a intervenção junto das comunidades educativas privilegia estratégias que permitam a gestão das suas condições de saúde, através dos elos de ligação entre os sistemas de saúde e de educação, as ESE, devidamente aptas para intervenções neste âmbito. A sua intervenção na educação para a saúde, nos diferentes níveis de ensino, cobre um vasto leque de áreas, como a

educação alimentar, a vida ativa saudável, a prevenção da violência, a educação para a cidadania, a educação sexual e afetiva, a síndrome da imunodeficiência adquirida [SIDA] e os consumos nocivos (MS-DGS, 2004a).

O PNSE privilegia quatro áreas estratégicas de intervenção, pelo facto de durante o ciclo de vida as necessidades das crianças e dos jovens se tornarem cada vez mais complexas e exigentes, que são a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida. A operacionalização das atividades desenvolvidas na saúde escolar, nomeadamente dos respetivos programas, depende da conjugação de competências, saberes e empenho de um conjunto de indivíduos, que compõem a ESE. “As equipas de saúde escolar têm um papel fundamental na sensibilização e reforço das competências dos outros técnicos de saúde, dos pais, dos educadores e dos professores” (MS-DGS, 2006, p. 30), devendo os agentes responsáveis da promoção da saúde ter conhecimentos sobre os determinantes da saúde e as suas consequências, tanto na vida de cada um como na sociedade em geral.

Assim, as ESE terão, sempre, que incluir profissionais de diversas áreas, tendo uma conceção multidisciplinar, que lhes confira a capacidade de responder às diversas necessidades e solicitações que lhes são apresentadas pelos estudantes, organizações escolares e pela própria comunidade. Para a criação destas equipas será imprescindível uma participação intersectorial, baseada nas parcerias estabelecidas entre as escolas e os centros de saúde da área respetiva, assumindo um papel crucial na promoção do autocuidado em saúde, mas envolvendo outras estruturas da comunidade, nomeadamente as instituições de justiça e serviço social, cujo contributo poderá assegurar o exercício dos direitos de cidadania e as medidas protetoras contra a exclusão, exploração e maus tratos, estimulando e apoiando a construção dos projetos futuros, e as autarquias, potenciais pólos de incremento da participação na vida comunitária (Prazeres, 2002).

Estas equipas, desejavelmente, deverão incluir profissionais da área da saúde e da educação, para além de representantes oriundos da comunidade e de outras instituições com interesse ou responsabilidade na saúde escolar, tendo como principal missão a recolha de dados e o diagnóstico de situações, com base na análise dos dados obtidos, a identificação de problemas, definindo os objetivos individualizados a alcançar, o planeamento de intervenções, desenvolvendo um plano especificando as medidas para alcançar os objetivos, a implementação das intervenções, de acordo com o plano de ação, e a avaliação, tanto dos progressos como dos resultados alcançados (King & Eckstein, 2006).

Quanto à constituição das ESE, importa destacar o conceito de equipa nuclear de

saúde escolar, constituída por profissionais a desempenhar funções nos centros de saúde, estando previsto que possam também ser desempenhadas por profissionais afetos à USF, que “deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos, a distribuir de acordo com as actividades de cada técnico” (MS-DGS, 2006, p. 15). A estas equipas associam-se os outros elementos, oriundos de outras unidades de saúde, como higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, técnicos de serviço social, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, audiologistas e administrativos, podendo ainda integrar outros técnicos de saúde.

A estes profissionais juntam-se os elementos das organizações escolares, nomeadamente o docente que exerce na escola / agrupamento as funções de coordenador da educação para a saúde (ME, 2007), responsável pela integração dos projetos de saúde escolar no Projeto Educativo da Escola, os docentes de educação física e os que lecionam os conteúdos de educação sexual, as assistentes sociais e o pessoal auxiliar, entre outros. Para além dos elementos afetos a organismos da área da saúde e da educação, na ESE serão integrados, de acordo com as especificidades do contexto e os problemas e necessidades identificadas, profissionais oriundos de outras áreas, conforme já foi referido, importando referir que no caso de projetos de promoção da saúde, considerados prioritários, que exijam recursos humanos e/ou materiais complementares, estes poderão ser orçamentados e contratualizados, através de proposta apresentada aos órgãos competentes para o efeito.

Os médicos e os enfermeiros, que constituem as equipas nucleares de saúde escolar, muitas vezes não serão os que normalmente prestam cuidados às famílias dos estudantes, podendo inclusivamente não ser aqueles que estas escolheriam para tal. Deste modo, compete a estes elementos da ESE fazer o possível por ganhar a sua confiança, sendo fundamental construir uma boa relação com o corpo docente das escolas, com os estudantes e com as suas famílias, para além de manter uma comunicação e colaboração estreita com os seus médicos de família, envolvidos sempre que necessário, para que haja uma efetiva continuidade dos cuidados prestados (MOSA, 1998).

Idealmente a ESE deveria ser responsável pela prestação dos cuidados necessários aos estudantes e funcionários escolares, doentes e feridos, no âmbito das competências que são inerentes às suas áreas de intervenção (Figura n.º 13), durante o período letivo, até que estes possam retornar a casa, ao cuidado da sua família e sob supervisão do seu médico de família, ou sejam encaminhados para o serviço de saúde adequado à situação em causa, devendo ser comunicado, em ambos os casos, os procedimentos efetuados.



Figura n.º 13 – Áreas de intervenção das equipas de saúde escolar (Fonte: adaptado de MDPH, 2007, p. 13)

Porque é de educação e de saúde que falamos, o bom será sempre inimigo do ótimo, tornando-se pertinente referir que a gestão e a liderança dos programas de saúde escolar, eficiente e efetiva, são imprescindíveis para a concretização plena dos objetivos propostos, realçando-se alguns aspetos fundamentais para que decorram de forma apropriada e com a qualidade preconizada, como o adequado financiamento dos programas de saúde escolar com uma real adequação dos recursos necessários, uma efetiva administração / gestão dos programas de saúde escolar (o que é efetuado? / quem efetua?), os meios humanos necessários e a definição ética e fundamentada das prioridades e da distribuição de recursos no âmbito dos programas de saúde escolar (Wold, 2005).

2.3 – Redes de empoderamento: Escolas promotoras da saúde

A educação para a saúde tem uma longa tradição nas escolas tendo geralmente como foco, apenas, as causas de doença nos indivíduos, tais como o tabagismo, o abuso do álcool e a toxicodependência. Para que as escolas se tornarem espaços mais saudáveis, torna-se necessário definir estratégias concertadas, que visem a promoção da saúde de forma integral no currículo, introduzindo programas e práticas saudáveis nas rotinas escolares quotidianas,

melhorando as condições de trabalho e promovendo melhores relações, tanto no seu interior como entre elas e as comunidades locais (Gilbert *et al.*, 2011).

As progressivas mudanças relativamente ao conceito de promoção da saúde, que levaram ao estabelecimento de conceitos gerais e princípios fundamentais relativamente ao mesmo, resultaram num debate aprofundado que promoveu uma reflexão sobre a sua importância, reforçados pela emergência no Canadá, em 1974, do inovador Relatório Lalonde, no qual se estabelece um modelo de saúde que vai além duma perspetiva assente no binómio saúde-doença, para uma conceção assente numa orientação de cariz social (Lalonde, 1981). Uma componente essencial, que se revela basilar na conceção das escolas promotoras de saúde que nela se fundamentam, são os princípios que advêm do conceito de promoção da saúde, emergente da 1.ª CISPS e expresso na Carta de Ottawa⁴⁸, entendido como um processo de capacitar as pessoas para aumentar o seu controle, para melhorar a sua saúde (Young, 2005).

Estas perspetivas encontram-se na génese da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, que constitui um exemplo prático duma parceria no âmbito da promoção da saúde, incorporando as energias e recursos de três grandes agências europeias, na busca conjunta do objetivo de promover a saúde nas escolas. Esta rede teve a sua origem concetual na década de 80, no âmbito do projeto-piloto "Educação para a Saúde", desenvolvendo, desde 1991, uma atividade tripartida, promovida pela Comissão Europeia, pelo Conselho da Europa e pelo Comité Regional da OMS para a Europa (Burgher, Rasmussen & Rivett, 1999).

Tendo iniciado a sua atividade em apenas sete países, esta Rede tem vindo a crescer ao longo dos anos⁴⁹, com base na colaboração internacional, essencial para minimizar a duplicação de esforços e propiciar um quadro que promova e sustente a inovação, fornecendo um veículo para a divulgação de modelos de boas práticas e criação de oportunidades para uma distribuição mais equitativa de escolas promotoras de saúde em toda a Europa. Assim, permitiu um crescente reconhecimento de que novas formas de parceria e de trabalho intersectorial são necessárias para abordar os determinantes sociais e económicos da saúde, ficando os investimentos em educação e saúde comprometidos sempre que a escola não se constitua como um lugar saudável para se viver, aprender e trabalhar.

⁴⁸ A análise dos pressupostos emergentes da Carta de Ottawa será efetuada no capítulo seguinte.

⁴⁹ “Portugal integra a *Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde* desde 1994, tendo iniciado a sua actividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram alargar, criando condições, nomeadamente, legislação e estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde. Em Fevereiro de 2006 os Ministros da Educação e da Saúde reafirmaram, através da assinatura de um Protocolo, o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde.” (MS-DGS, 2006, p. 10).

As comunidades escolares respondem a um conjunto dinâmico de fatores que afetam o desempenho dos estudantes e os resultados de aprendizagem, sendo a sua saúde, a dos professores e das famílias um fator-chave que influenciam este processo (Barnekow *et al.*, 2006). As organizações escolares necessitam de uma estratégia que proporcione aos professores, pais, estudantes e outros membros da comunidade o conjunto de princípios e de ações para promover a saúde, tendo esta estratégia, construída sobre o quadro das escolas promotoras de saúde, o potencial para ajudar as comunidades escolares, na gestão da saúde e das questões sociais, melhorando a aprendizagem dos alunos e a eficácia da escola, em consonância com as prioridades atuais para a promoção da saúde, no sentido de fomentar um contexto que possibilite a todas as pessoas nele presentes uma melhor saúde e bem-estar.

A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde contribuiu, decisivamente, para facultar uma mudança fundamental nas escolas, ao nível de (Burgher *et al.*, 1999):

- Proporcionar uma boa qualidade de ensino como um investimento adequado para salvaguardar e promover a saúde e a segurança dos jovens;
- Facultar um quadro apropriado para abordar as necessidades de promoção da saúde nas escolas dos docentes e dos funcionários;
- Promover estilos mais democráticos ao nível da gestão e da aprendizagem nas escolas;
- Motivar os docentes para encontrar novos métodos pedagógicos que reflitam este espírito democrático;
- Contribuir para a construção de consensos e para a cooperação a nível europeu gerando um importante sentido de unidade;
- Fomentar a definição da agenda para a promoção e educação para a saúde.

Podemos entender o conceito de escola promotora da saúde como um espaço que reforça continuamente o seu potencial de proporcionar um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar, com base numa abordagem global à promoção da saúde, que transpõe o ensino e aprendizagem que ocorre em sala de aula, para englobar todos os aspetos da vida na comunidade escolar (Leger, Young, Blanchard & Perry, 2010). Implica uma abordagem multifatorial, que abrange a aprendizagem de conhecimentos e competências sobre a saúde no espaço letivo, com vista a mudar o ambiente social e físico da escola e criar vínculos com a comunidade em geral (HEN, 2006).

Com o intuito de refletir, consolidar e complementar as conceções basilares que norteiam a implementação destas medidas, visando o alargamento de uma rede de escolas que tenham como foco o desenvolvimento de programas que promovam a saúde, ampliando o

ensino para o desenvolvimento de conhecimentos e competências para gestão do ambiente social e físico da escola, através do desenvolvimento de laços com a comunidade, têm sido promovidas algumas conferências por esta entidade.

A 1.^a Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde [CREEPS] decorreu na Grécia, em Thessaloniki-Halkidiki, em Maio de 1997, tendo como tema central *A Escola Promotora de Saúde: Um investimento em educação, saúde e democracia*. Os participantes adotaram uma resolução que exortava os governos, de todos os países da região Europeia, a adotar o conceito de promoção da saúde escolar, solicitando o apoio da Comissão Europeia, do Conselho da Europa e do Comité Regional da OMS para a Europa, para continuarem a dar o seu apoio à iniciativa, enquanto os governos Europeus eram convidados a considerem a implementação de princípios de ação relativamente dez princípios: democracia; equidade; empoderamento; ambiente escolar; currículo; formação de educadores; medição do sucesso; colaboração; comunidades; sustentabilidade. Nesta resolução afirmava-se que toda a criança deveria ter o direito aos benefícios que decorrem de iniciativas de promoção da saúde escolar (1.st Conference of the European Network of Health Promoting Schools, 1997).

A 2.^a CREEPS decorreu na Holanda, em Egmond aan Zee, em Setembro de 2002, tendo como tema central *Educação e Saúde em Parceria: Uma conferência europeia sobre a vinculação da educação com a promoção da saúde nas escolas*. Nesta procedeu-se à análise dos progressos realizados na implementação de escolas promotoras de saúde, identificando as condições e as medidas práticas essenciais na construção de programas bem-sucedidos, com destaque para a colaboração entre as áreas da saúde e da educação, definindo-se a *Agenda de Egmond*, apontando três componentes essenciais para desenvolver e manter uma escola promotora da saúde, não tendo uma ordem de prioridade na sua implementação:

- *Condições*: Análise da situação: necessidades e recursos disponíveis, práticas e métodos de recolha de dados; Parcerias: definir com clareza os objetivos mútuos e assegurar que os recursos são utilizados racionalmente; Advocacia: os intervenientes envolvidos na realização de programas devem ter capacidade de justificação dos investimentos; Base teórica: fundamentação que alicerce a construção de abordagens abrangentes de promoção da saúde;
- *Programação*: Conteúdos e objetivos do programa: estratégias de desenvolvimento apontando objetivos de longo prazo e ações programadas de saúde escolar; Planeamento a longo prazo: o período de desenvolvimento de um programa pode ser de três a oito anos; Formação de educadores e desenvolvimento pessoal: reforçar a

capacitação criando oportunidades de desenvolvimento profissional.

- *Avaliação*: Avaliar: o acompanhamento e a avaliação são partes essenciais de qualquer programa de ação de uma escola promotora de saúde (Young, 2002).

A 3.^a CREEPS decorreu na Lituânia, em Vilnius, em Junho de 2009, tendo como tema central *Melhores Escolas Através da Saúde*. Foi adotada, pelos participantes, uma resolução que constituía um apelo para que as organizações governamentais, não-governamentais e outras contribuíssem para concretizar medidas de implementação de escolas promotoras da saúde na Europa, através de ações intersectoriais e internacionais, sendo de destacar que, nesta conferência, os jovens desempenharam um papel ativo, partilhando as suas ideias e trabalhando em conjunto na construção duma escola melhor para aprender e trabalhar.

Foram definidos os cinco valores fundamentais e os cinco pilares, em que se baseia a promoção da saúde escolar. Os valores fundamentais são: equidade de oportunidades no acesso à educação e à saúde; sustentabilidade da ligação entre saúde, educação e desenvolvimento; inclusão assegurando o direito à diferença; empoderamento e competência de ação através da capacitação; democracia, através do exercício dos direitos individuais. Os pilares são: abordagem global na escola relativamente à saúde; participação através de sentimentos de pertença; qualidade educativa suportada em melhores processos de aprendizagem; evidência com base em estratégias e práticas comprovadas; colaboração entre escolas e comunidades (3.rd European Conference on Health Promoting Schools, 2009).

Tendo em consideração os pressupostos apresentados nas conferências realizadas e os conceitos-chave em que se alicerçam as medidas de implementação das medidas preconizadas pela Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (Figura n.º 14), verifica-se que a promoção da saúde na comunidade escolar poderá incluir atividades ao nível de seis elementos essenciais nesse âmbito de intervenção:

- *Políticas de escolas saudáveis*: definidas em documentação ou em práticas aceites que promovam a saúde e o bem-estar, como são exemplo as medidas que incentivam a prática de uma alimentação saudável ou as que minimizam a violência escolar;
- *O ambiente físico da escola*: relativamente aos edifícios, terrenos, espaços de lazer e equipamentos no recinto escolar e em seu redor, conceção e localização do edifício tendo em conta a luz natural, as sombras, a criação de espaços que permitam a atividade física, a aprendizagem e uma alimentação saudável;
- *O ambiente social da escola*: resultante da combinação da qualidade das relações entre toda a comunidade escolar, sendo influenciado pelas relações estabelecidas com as

famílias e a restante comunidade;

- *Competências individuais de saúde e competências para a ação*: refere-se ao currículo formal e informal e às atividades que lhes estão associadas, essenciais para que os estudantes desenvolvam competências para a ação que visem melhorar a saúde e o bem-estar, próprio e da comunidade, melhorando os resultados escolares;
- *Ligação à comunidade*: consiste nas relações entre a escola e as famílias, para além das relações entre a escola e os grupos e pessoas-chave ao nível da comunidade local, constituindo parcerias que reforçam o contexto de suporte das ações;
- *Serviços de saúde*: engloba os serviços de saúde locais e regionais, da própria escola ou a ela ligados, responsáveis pelos cuidados de saúde e da sua promoção junto dos estudantes, incluindo os que têm necessidades de saúde especiais (Leger *et al.*, 2010).



Figura n.º 14 – Principais elementos da Escola Promotora da Saúde (Fonte: adaptado de Jensen, 2002, p. 24)

Revela-se determinante, no contexto da implementação das iniciativas de promoção da saúde escolar, destacar a importância do chamado currículo informal, além da

aprendizagem explícita (ou formal), para reforçar os comportamentos desejáveis ou contrariar as atitudes indesejáveis para a saúde. Este currículo *oculto* engloba a cultura estabelecida pelo ambiente escolar, o código de disciplina da escola, os padrões vigentes de comportamento, as atitudes adotadas pelos funcionários perante os estudantes e os valores implicitamente afirmados pelo seu modo de funcionamento (HEN, 2006).

A perspetiva que defende a importância da construção de redes educativas no âmbito da promoção da saúde não tem diminuído ao longo do tempo, tornando-se progressivamente mais forte e desenvolvida, alicerçada no conceito de promoção da saúde escolar, emergente da Conferência de Thessaloniki-Halkidiki, e nos dez princípios estabelecidos para essa concretização, que formam a estrutura através da qual os países envolvidos criaram suas próprias reflexões, conceitos e princípios. A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde representa a força unificadora, que gerou um consenso sobre os modelos e quadros conceptuais da escola promotora de saúde, a avaliação da promoção da saúde escolar, a formação de educadores e o desenvolvimento curricular, demonstrando que estas escolas, enquanto subscreverem os princípios subjacentes, serão capazes de se adaptar à cultura, às variáveis políticas e económicas, adotando estratégias compatíveis com os contextos em que se integram (Jensen & Simovska, 2002).

As perspetivas apresentadas nestas Conferências abarcam o desafio fundamental que a educação para a saúde enfrenta no quotidiano, dirigir a sua intervenção formativa para a participação da comunidade, considerando que está já plenamente provado o potencial inerente aos indivíduos para refletir e agir de forma construtiva na identificação e resolução dos seus problemas de saúde, bem como dos que emergem no grupo e comunidade que integram. O objetivo fundamental, na atualidade, consiste em promover a autossuficiência para o desenvolvimento de capacitações e competências para que se tornem membros ativos e de direito na promoção da saúde (Martins, 2008).

2.4 – Reforçando os elos de ligação escola-comunidade

“No final do milénio está a formar-se um novo mundo” (Castells, 1998/2007, p. 458), despontando uma visão de sociedade que resulta de transformações estruturais que se podem observar nas relações de produção, de poder e de experiência, que conduzem a mudanças significativas das conceções sociais de espaço e de tempo, motivando a emergência de uma nova cultura de crescimento multidimensional. Aos profissionais das áreas da

educação e da saúde o repto que se apresenta implica desenvolver e aplicar metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, que possibilitem uma intervenção proativa ao nível da promoção da saúde na escola⁵⁰, considerando sempre o papel dos próprios estudantes na sua implementação, sendo prioritário desenvolver estratégias ativas e participativas, envolvendo o trabalho interpares, a comunicação interpessoal e a promoção de capacitações de cariz pessoal e social, englobando novas áreas de formação na saúde escolar (MS-DGS, 2006).

As instituições escolares têm a oportunidade única de influenciar decisivamente e positivamente a saúde dos estudantes, mais não seja pelo facto destes passarem a maior parte do seu dia na escola, de segunda-feira a sexta-feira, durante 9 a 10 meses durante o ano, participando tanto em atividades letivas como em atividades pós-escolares, nas quais se podem integrar os mais variados aspetos relacionados com a educação para a saúde. Cada vez se torna mais importante aproveitar estas oportunidades, quando se constata existirem evidências de prevalência de determinadas variações comportamentais e de desenvolvimento, cada vez mais comuns no ambiente escolar (Lewis & Bear, 2002).

A implementação sustentada da promoção da saúde nas escolas requer que todas as partes interessadas tenham um efetivo sentido de pertença e participação no processo, representando o trabalho intersectorial e as parcerias elementos essenciais para estes processos, sendo os seus principais interessados e intervenientes:

- O sector da educação, incluindo escolas e professores;
- O sector da saúde e os serviços de promoção da saúde;
- Os estudantes;
- Os investigadores em promoção da saúde (Barnekow *et al.*, 2006).

Os conceitos nos quais se baseiam os programas de saúde escolar não são novos, pois há mais de 150 anos que é reconhecida a importância da saúde na educação e o papel crítico desempenhado pelos programas de saúde escolar. Com base nos conhecimentos e experiências adquiridas, cabe às ESE e aos agentes de promoção da saúde uma missão complementar e de apoio à escola, na sua função primordial de promover e melhorar a saúde dos estudantes (MDPH, 2007), que se reflete nos seguintes aspetos:

- *Resposta a necessidades cada vez maiores*: o sucesso de integração de crianças com necessidades de saúde especiais e os esforços de expansão da cobertura da educação

⁵⁰ A promoção da saúde na escola pode ser definida como qualquer atividade realizada para melhorar e/ou proteger a saúde de todos na comunidade escolar, sendo um conceito mais amplo do que educação em saúde, engloba atividades relacionadas com políticas escolares saudáveis, o ambiente físico e social da escola, o currículo, as ligações à comunidade e os serviços de saúde (Leger *et al.*, 2010).

pré-escolar têm resultado num maior número de crianças em idade escolar;

- *Aumento da eficácia de outros investimentos em desenvolvimento infantil*: os programas de saúde escolar são a sequência e o complemento mais essencial aos programas de cuidados e de desenvolvimento infantil;
- *Certifica um melhor aproveitamento escolar*: assegurar uma boa saúde em idade escolar incita a frequência escolar, reduz as reprovações e aumenta o sucesso escolar;
- *Melhoria da equidade social*: as crianças oriundas de meios mais desfavorecidos irão beneficiar de intervenções na área da saúde, sendo provável que demonstrem melhorias substanciais na frequência e nos resultados escolares;
- *Estratégia altamente eficaz em termos de custos*: os programas de saúde escolar contribuem para a ligação entre recursos da saúde e da educação, numa infraestrutura – a escola – que já existe, que é penetrante e que é sustentável.

Ao nível da promoção da saúde escolar, o desafio futuro, às organizações envolvidas neste âmbito, será incentivar o desenvolvimento das relações entre os profissionais das escolas e da comunidade, independentemente de se tratarem ou não de profissionais de saúde, garantindo uma aproximação que promova globalmente a saúde, para além do necessário e contínuo desenvolvimento das competências para estabelecer uma cultura e perspetiva comum entre as áreas da saúde e da educação, dentro e fora da escola (Pommier *et al.*, 2009).

Numa perspetiva em que as escolas utilizem as suas próprias estruturas edificadas, as suas relações internas e externas, as suas estratégias de ensino-aprendizagem e o seu potencial de criação de sinergias com o contexto social envolvente, estamos perante um conjunto de condições que possibilita criar os meios adequados de promoção da saúde, melhorando a saúde física e emocional de todos os envolvidos na comunidade escolar e na comunidade envolvente, sendo esta a motivação essencial subjacente às escolas promotoras de saúde.

Considerando como elementos fundamentais para a promoção da saúde em meio escolar a definição de políticas de escolas saudáveis, o ambiente físico da escola, o ambiente social da escola, as competências individuais de saúde e as competências para a ação, a ligação à comunidade e os serviços de saúde (Leger *et al.*, 2010), constata-se que neles existe uma clara fundamentação nos princípios expressos na Carta de Ottawa (1.^a CISPS, 1986), onde os pressupostos atrás enunciados já se encontravam presentes.

3 – Entre Alma-Ata e Nairobi: Impactos na saúde escolar

O Relatório Lalonde, em 1974, representa um marco decisivo no movimento contemporâneo de promoção da saúde, constituindo o primeiro documento de cariz oficial a utilizar este conceito e a dar-lhe prioridade ao nível das políticas de saúde, incentivando a informação, a motivação e o apoio dos indivíduos e organizações, para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos ao nível da saúde (Lalonde, 1981). As repercussões deste relatório podem ser identificadas na conceção orientadora das práticas de promoção da saúde ao longo desta década, perdurando até à atualidade (Sícoli & Nascimento, 2003).

A partir do final da década de 70 do Séc. XX a OMS, enquanto agência especializada da Organização das Nações Unidas [ONU], tem promovido a realização de diversas Conferências de cariz internacional, tendo como principal meta a criação de condições propícias para o desenvolvimento de políticas, sustentadas e sustentáveis, que visem globalmente a prevenção da doença e a promoção da saúde das populações, a nível mundial (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny & Monticelli, 2006). Estas apresentam como principal intuito fomentar a reunião de representantes de países de todo o mundo, com a finalidade de promover a partilha de conhecimentos e de experiências que possibilitem analisar, refletir e debater diferentes perspetivas relativamente à saúde, sendo apresentadas, no final de cada Conferência, um conjunto de estratégias e de recomendações, sob a forma de declaração ou carta de intenções, alicerçadas numa meta comum, a *Saúde para Todos* (Meireles, 2008).

Constituindo estes eventos importantes marcos, no que respeita à determinação de linhas orientadoras relativamente à definição de políticas, no âmbito da prevenção da doença e da promoção da saúde, são aspetos ainda reforçados por publicações promovidas pela OMS, como são exemplo *As metas de saúde para todos* (1985/1986) ou *Saúde21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS* (1998/2002). Os paradigmas emergentes destes contributos influenciam a instituição de estratégias a nível nacional, não só ao nível do PNS, como no âmbito do subsequente PNSE, possibilitando uma análise e reflexão relativamente ao modo como se adequam aos pressupostos enunciados, que concebem a saúde para todos tendo como alicerce uma estrutura de suporte mútuo das políticas desenvolvidas a nível global, regional e nacional (OMS, 1998/2002).

3.1 – De Alma-Ata a Bangucoque: Três décadas de conferências internacionais

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde são eventos organizados periodicamente, com a participação de entidades representativas de várias nações (Martins, 2005), tendo como principal finalidade a promoção da discussão, análise e reflexão relativamente às intervenções consideradas necessárias para melhorar a qualidade de vida e bem-estar da população mundial, considerando estas bases como condição essencial para o seu desenvolvimento, sendo as conclusões obtidas divulgadas através de um documento, que expressa um conjunto de propostas e intenções (Figura n.º 15).



Figura n.º 15 – Objetivo das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde

A *Declaração de Alma-Ata* apresenta as conclusões obtidas na CISCSP, que decorreu em Setembro de 1978, no Cazaquistão (ex-URSS), tendo como égide a *Saúde para todos no ano 2000* (CISCSP, 1978), resultante do movimento mundial encetado pela OMS, na 30.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, baseado na noção “de igualdade no acesso à saúde” (OMS, 1985/1986, p. 1). Este documento salienta dez pontos essenciais, destacando a necessidade de intervenção urgente por parte dos governos, dos profissionais de saúde e da comunidade para atingir as metas propostas. A *saúde* foi assumida como *um direito humano fundamental*, considerando como uma meta social mundial a conquista do mais elevado nível de saúde das populações (Gomes, 2002).

Foi destacada como inaceitável, em termos políticos e socioeconómicos, a profunda e

chocante desigualdade no estado de saúde das populações, quer entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, quer entre regiões de um mesmo país. O *desenvolvimento económico e social* constitui um fator que influencia o nível de saúde das populações, sendo a promoção da saúde e a prevenção da doença aspetos essenciais a este desenvolvimento, para melhorar a qualidade de vida e a paz mundial. O envolvimento das populações nos cuidados de saúde, de forma individual ou coletiva, representa um *direito e dever* (CISCSP, 1978).

Os governos são responsáveis pela *adoção de medidas sanitárias e sociais* adequadas, devendo ser sua meta social, bem como das organizações internacionais e da comunidade mundial que, até ao ano 2000, “todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 2). Os cuidados de saúde primários configuram um elemento-chave para alcançar este objetivo, sendo entendidos como os *cuidados essenciais de saúde*, prestados através de métodos e técnicas científicas e socialmente aceites, disponíveis a todos os indivíduos e comunidades, representando o primeiro nível de contacto das populações com o sistema de saúde e o elemento inicial do processo de assistência à saúde (OMS, 1985/1986).

Os *cuidados de saúde primários* devem reger-se por normas de acessibilidade global, equidade e justiça social, sendo um pilar de segurança e autoconfiança para todos os indivíduos. Integrados no sistema nacional de saúde de cada país procurarão responder às principais necessidades e problemas de saúde das populações, sendo áreas prioritárias de intervenção a educação para a saúde, a nutrição, o saneamento básico, os cuidados materno-infantis, a imunização, a prevenção e controlo de doenças endémicas, o tratamento de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (Meireles, 2008).

Aos governos compete elaborar *políticas, estratégias e planos nacionais de ação*, através da coordenação dos diversos sectores envolvidos e da mobilização e gestão racional dos recursos disponíveis. Os diferentes *países devem cooperar* entre si para assegurar os cuidados de saúde a todos os povos, na perspetiva de que a saúde do povo de qualquer país repercute diretamente na de todos os outros países (CISCSP, 1978). Como aspeto final é destacada a ideia de se poder atingir um *nível aceitável de saúde para todos os povos* até ao ano 2000, se existir empenho, compromisso e vontade política de todas as nações, com uma adequada utilização dos recursos para fins pacíficos, de desenvolvimento socioeconómico.

A Declaração de Alma-Ata, bem como a Conferência da qual deriva, constituem o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde subsequentes, nas quais são abordadas as novas atividades desempenhadas na área da saúde, bem como a

introdução de novos elementos e dos avanços mais significativos desenvolvidos nas políticas de promoção da saúde e prevenção da doença nas várias nações participantes (Martins, 2005).

A 1.^a CISPS realiza-se em Ottawa, no Canadá, em Novembro de 1986, tendo como tema central a *Promoção da saúde nos países industrializados*, sendo mais uma vez consideradas as orientações para atingir o propósito da Saúde para Todos no Ano 2000 e nos seguintes, numa perspetiva de construção de um novo movimento de saúde pública, a nível mundial, como resposta às crescentes expectativas latentes nos países industrializados de saúde e bem-estar, transponíveis para os restantes, resultando desta iniciativa um documento nomeado *Carta de Ottawa* (1.^a CISPS, 1986). Este documento inicia-se com a definição do conceito de *promoção da saúde*, enquanto processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a e entendendo-a como um recurso para a vida, constituindo uma responsabilidade não apenas exclusiva do sector da saúde mas também dos indivíduos e das comunidades, por exigir estilos de vida saudáveis para obter o bem-estar, numa ótica de capacitação (CISNS, 2003).

Entende-se serem *pré-requisitos para a saúde* algumas condições primárias e recursos essenciais como *paz, habitação, educação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*. A saúde representa um bem a *advogar*, representando um recurso fundamental para o desenvolvimento socioeconómico e pessoal, a *capacitar*, centrando-se na procura de equidade e na redução das desigualdades de oportunidades e de recursos na realização do potencial de saúde de cada um, e a *mediar*, exigindo uma ação concertada e coordenada de diferentes intervenientes, dos governos às populações, passando pelo sector da saúde (Martins, 2005).

A *intervenção em promoção da saúde* engloba cinco eixos basilares, “Permitindo ao conceito de *empowerment*, acentuar-se, com vista na concepção e execução de programas de mudanças sociais.” (Moura, 2006, p. 72). *Construir políticas saudáveis*, uma vez que a promoção da saúde ultrapassa a prestação de cuidados de saúde, sendo fundamental o envolvimento dos decisores políticos, de diferentes sectores e níveis, para que tomem consciência das possíveis consequências para a saúde das populações das suas decisões, levando-os à assunção das suas responsabilidades neste campo (1.^a CISPS, 1986).

Criar ambientes favoráveis, considerando não se poder dissociar a saúde de outros interesses, sendo essencial a conservação dos recursos naturais e a proteção do ambiente, uma responsabilidade global, a organização do trabalho e de condições de vida seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis para as populações (Heidmann *et al.*, 2006). *Reforçar*

a ação comunitária, através de intervenções reais na comunidade, com vista à promoção da saúde, pela consolidação do seu poder, criando as condições que lhes permitam assumir o controlo da sua existência, implicando “encorajar e apoiar a autonomia e a auto-determinação dos indivíduos, das famílias e de grupos de entreajuda” (OMS, 1985/1986, p. 127).

Desenvolver competências pessoais, fomentando o desenvolvimento pessoal e social, através da informação, da educação para a saúde e da capacitação, que leve as populações a serem agentes de controlo da sua própria saúde e do ambiente que as rodeia, fazendo opções conducentes à saúde. Por fim, *reorientar os serviços de saúde*, assumindo não apenas as responsabilidades na prestação de cuidados de natureza clínica e curativa, mas orientando-os para a criação de um sistema que contribua para a prossecução da saúde, com base na sua promoção, apoiando os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável, com foco na pessoa, compreendida na sua globalidade (Meireles, 2008).

Em Abril de 1988 realiza-se em Adelaide, na Austrália, a 2.^a CISPS, tendo como mote a *Promoção da saúde e políticas públicas saudáveis*, salientando a pertinência das políticas associadas à saúde, mantendo como diretrizes fundamentais o espírito de Alma-Ata, ampliado na *Carta de Ottawa*, destacando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir, enfatizando estas orientações no documento final produzido, a *Declaração de Adelaide* (2.^a CISPS, 1988), baseada em pressupostos orientados para as políticas de saúde, destacando o envolvimento das pessoas, a cooperação entre os vários sectores da sociedade e os cuidados de saúde primários. As *políticas públicas saudáveis* representam uma preocupação clara com a saúde, a igualdade e a responsabilidade relativamente ao seu impacto na saúde, visando a criação de um ambiente favorável que permita aos indivíduos viver saudavelmente, através de escolhas salutaras e da criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde (WHO, 2009a).

O valor da saúde radica no facto desta ser concebida como um direito humano fundamental e um sólido investimento social, sendo responsabilidade dos governos o investimento em políticas públicas saudáveis e na promoção da saúde, melhorando o estado de bem-estar das populações, o que aumenta a produtividade ao nível socioeconómico, com claros benefícios a longo prazo, devendo-se reduzir as “desigualdades do estado de saúde” (OMS, 1985/1986, p. 29) que têm por base as injustiças sociais, assegurando que as políticas dos países mais desenvolvidos tenham um impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento, dado os relevantes desníveis de saúde existentes entre diferentes países.

A *responsabilidade pela saúde* representa um elemento essencial no incremento de

políticas públicas saudáveis, pois a sua expansão a nível local é tão importante como a nível nacional, cabendo aos governos estabelecer objetivos que privilegiem a promoção da saúde. *Em direção à promoção da saúde* as políticas públicas saudáveis devem responder aos desafios apresentados, num mundo que se encontra num processo constante e dinâmico de mudança tecnológica, ecológica e de permanente e crescente interdependência (OMS, 1998/2002). As *parcerias no processo de formulação de políticas* resultam do facto de, apesar do papel dos governos, a saúde ser influenciada por interesses económicos e corporativos, por organizações não-governamentais, privadas e comunitárias (2.^a CISPS, 1988).

Para a materialização de políticas públicas saudáveis foram consideradas quatro *áreas de ação* (Fernandes, 2002). O *apoio à saúde das mulheres*, reconhecendo o seu papel como principais promotoras de saúde em todo o mundo e a necessidade consequente de acesso à informação, às redes e aos fundos de apoio, bem como o desenvolvimento a nível nacional de políticas públicas saudáveis dirigidas á mulher, considerando como prioritário a igualdade de direitos no trabalho, as práticas de parto com base nas suas preferências e necessidades e os mecanismos de apoio à mulher trabalhadora. A *alimentação e nutrição* das populações deve ser salvaguardada, promovendo-se políticas que garantam o acesso universal a quantidades suficientes de alimentos saudáveis, respeitando as diferenças culturais, integrando metodologias de produção e de distribuição de alimentos a preços justos, tendo um impacto positivo sobre a saúde a nível nacional e internacional (WHO, 2009a).

O *tabaco e álcool* são elementos cujo consumo apresenta riscos para a saúde, sendo essencial definir intervenções, pelo desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, tendo em conta que, no caso do tabaco, a exposição ao fumo ambiental pode ter danos para a saúde, sobretudo das crianças, e que o álcool contribui para conflitos sociais, distúrbios físicos e mentais (OMS, 1985/1986). A *criação de ambientes favoráveis à saúde* constitui uma área de ação importante, pelo facto de muitas pessoas viverem e trabalharem em condições nefastas à saúde, sendo fundamental desenvolver políticas que protejam a saúde humana de efeitos adversos, tanto diretos como indiretos, resultantes de agentes de natureza física, química ou biológica, reconhecendo o Homem como um elemento de um ecossistema complexo, com recursos naturais diversificados mas limitados, essenciais à vida humana (Gomes, 2002).

Desenvolver novas alianças na saúde surge como um compromisso que envolve capacidade de negociação que permita o estabelecimento de processos de comunicação e coordenação, que promovam boas práticas e o crescimento de políticas públicas saudáveis, bem como processos de análise e implementação das mesmas. O *compromisso com a saúde*

pública global implica pré-requisitos para a saúde e o desenvolvimento social como *paz e justiça social, alimentação nutritiva e água potável, educação e habitação condignas, papel ativo na sociedade e rendimento adequado, conservação de recursos e proteção do ecossistema*, constituindo estes aspetos *desafios futuros* (WHO, 2009a).

A 3.^a CISPS decorre em Sundsvall, na Suécia, em Junho de 1991, tendo como temática a *Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde*, apelou ao empenhamento ativo da população mundial no sentido de tornar os ambientes mais propícios à saúde, não contribuindo para a sua deterioração, aspetos realçados no documento final que emergiu desta Conferência, a *Declaração de Sundsvall* (3.^a CISPS, 1991), iniciada com uma *chamada para a ação*, dirigida aos políticos e aos responsáveis por tomadas de decisões, de forma global, alertando para a extrema importância da criar ambientes favoráveis para a saúde, para o facto de as desigualdades provocarem uma crescente discrepância relativa à saúde, entre os países ricos e pobres e dentro dos mesmos, sendo a pobreza um fator que malogra as expectativas dos indivíduos na construção de um mundo melhor, destacando o facto de mais de um bilião de pessoas no mundo não ter acesso aos cuidados de saúde essenciais (Gomes, 2002).

Salientaram-se as *dimensões da ação para a criação de ambientes favoráveis* à Saúde, mormente a física, social, espiritual, económica e política, que interagem de forma dinâmica entre si, sendo realçadas quatro vertentes dos *ambientes favoráveis*, a *social*, englobando o modo como as normas, os costumes e os processos sociais interferem na saúde, a *política*, implicando a garantia dos governos relativamente à participação democrática ao nível da tomada de decisões e a descentralização de responsabilidades e recursos, a *económica*, envolvendo a redistribuição dos recursos visando o objetivo da saúde para todos e o desenvolvimento sustentado, e o *reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres* nas várias áreas, fundamentais para desenvolver estruturas propícias de apoio aos ambientes favoráveis (3.^a CISPS, 1991; Heidmann *et al.*, 2006).

As *propostas para a ação* apresentadas foram alicerçadas em dois pressupostos capitais, o facto da *equidade* dever ser uma prioridade essencial na criação de ambientes favoráveis à saúde, englobando todos os indivíduos neste processo, e o facto da *ação pública* para criar ambientes favoráveis à saúde implicar o reconhecimento da importância da inter-relação entre as pessoas e a gestão dos recursos naturais, considerando as futuras necessidades das gerações vindouras (Dinarés, 2006). Para tal é importante o *fortalecimento da ação social*, através de estratégias que fortaleçam a negociação através da ação comunitária, habilitem através da educação e da capacitação os indivíduos e as comunidades para o controlo da sua

saúde e do ambiente, numa perspetiva de empoderamento, edifiquem alianças para a saúde e para o desenvolvimento de ambientes de suporte, e mediam os interesses sociais em conflito, assegurando o acesso global a estes ambientes favoráveis (Fernandes, 2002).

Numa *perspetiva global* todos os indivíduos integram um ecossistema mundial estando a sua saúde interligada ao ambiente global, sendo a ação combinada no sentido de criar um ambiente favorável e sustentado para a saúde o real desafio que se coloca. Implica a *responsabilização global*, através de estruturas de fiscalização no âmbito da saúde e da ecologia, fundadas em princípios que promovam o crescimento sustentável, pois “as questões de saúde, ambiente e desenvolvimento não podem ser isoladas.” (Moura, 2006, p. 82).

Em Jacarta, na República da Indonésia, decorre em Julho de 1997 a 4.^a CISPS, tendo como tema a *Promoção da saúde no Século XXI*, centrada na reflexão sobre os determinantes da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006), sendo apontadas estratégias nesta área para o Séc. XXI no documento final, a *Declaração de Jacarta* (4.^a CISPS, 1997), que destaca a *promoção da saúde* como um *investimento essencial*, enunciando a saúde como direito fundamental do Homem e fator de crescimento socioeconómico (Gomes, 2002), contribuindo a promoção da saúde para obter *ganhos em saúde*, a *redução das desigualdades em saúde*, a *promoção dos direitos fundamentais do ser humano* e o *desenvolvimento social*.

Os *determinantes da saúde* constituem *novos desafios*, representando condições fundamentais como *paz, habitação, educação, segurança social, relacionamento social, alimentação, rendimentos, capacitação das mulheres, ecossistema estável, utilização sustentável dos recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos e equidade*, sendo a maior ameaça à saúde a *pobreza* (4.^a CISPS, 1997). A *importância da promoção da saúde* assenta no desenvolvimento e mudança de estilos de vida, e nas condições socioeconómicas e ambientais que determinam a saúde, retomando as estratégias expressas na *Carta de Ottawa* (Fernandes, 2002), com base na evidência de que *as abordagens globais de desenvolvimento da saúde são as mais efetivas, ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais, a participação é indispensável para sustentar esforços e a aprendizagem em saúde favorece a participação* (Gomes, 2002).

Novas ameaças para a saúde implicam *novas soluções*, baseadas no potenciar da promoção da saúde, na cooperação assente em novas parcerias e na mobilização das capacitações da sociedade, da comunidade local e da família, destacando-se como *prioridades para a promoção da saúde no Século XXI* as seguintes, *promover a responsabilidade social no que respeita à saúde*, comprometendo os decisores políticos no respeito do princípio da

responsabilidade social, *reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde*, atribuindo recursos a sectores complementares ao da saúde como a educação e habitação, *consolidar e expandir as parcerias em saúde*, visando o desenvolvimento social e da saúde a nível governamental e da sociedade civil, *aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo*, melhorando a capacidade de intervenção das populações, dos grupos, organizações e comunidades, e *garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde*, pela inovação e mobilização quanto aos seus processos de financiamento (Dinarés, 2006; WHO, 2009a).

Este documento conclui-se com um *apelo à ação*, que implica a divulgação dos aspetos fundamentais discutidos junto dos governos e das comunidades, sensibilizando para as prioridades de intervenção enunciadas, implicando o encorajamento e patrocínio na criação de redes de promoção da saúde (Gomes, 2002) nos países e entre as nações, que favoreçam a cooperação, a partilha, a solidariedade e a mobilização de recursos.

Em Julho de 2000 realiza-se na Cidade do México, no México, a 5.^a CISPS, tendo como égide a *Promoção da saúde: Rumo a maior equidade*, sendo reconhecida a responsabilidade dos governantes nas políticas de saúde, bem como a necessidade de partilha das estratégias adotadas entre os diversos sectores sociais, aspetos enunciados no documento final da conferência, a *Declaração do México* (5.^a CISPS, 2000), na qual se procura *dar ideias às ações* (Dinarés, 2006), reconhecendo o impacto positivo da saúde no *aproveitamento da vida*, no *desenvolvimento social e económico* e na *equidade*, bem como a responsabilidade do *governo* e outros *sectores da sociedade* pela promoção da saúde e desenvolvimento social.

É enaltecida a *melhoria significativa de saúde* e na *prestação de serviços de saúde*, fruto do empenho dos governos e da sociedade, subsistindo vários *problemas de saúde* que prejudicam o desenvolvimento socioeconómico, a par de *doenças novas e reemergentes* que constituem uma ameaça quanto aos progressos registados, atestando a importância de contemplar os *determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde*, fortalecendo a promoção da saúde, enquanto componente essencial e estratégia eficaz para obter uma *maior equidade* e *melhor saúde para todos* (Fernandes, 2002; Gomes, 2002).

São propostas diversas *ações* (5.^a CISPS, 2000), apontando a *promoção da saúde como prioridade* global nas políticas e programas desenvolvidos, certificar uma *participação ativa* multisectorial e em parceria na promoção da saúde, apoiar a elaboração de *planos de ação nacionais para promoção da saúde* com base numa estrutura de *identificação das prioridades de saúde*, relativamente aos planos a implementar (Martins, 2005), *apoio a pesquisas*, sobre áreas prioritárias de intervenção, e *mobilização de recursos*, necessários para

desenvolver, monitorizar e avaliar os planos de ação implementados (Heidmann *et al.*, 2006). Importa reforçar as *redes* de promoção da saúde, implicando os *órgãos da ONU* enquanto parceiros para o seu desenvolvimento (OMS, 1998/2002), mantendo informado o *Diretor-geral da OMS* relativamente às evoluções verificadas.

A 6.^a CISPS decorreu em Banguecoque, na Tailândia, em Agosto de 2005, tendo como mote a *Promoção da saúde num mundo globalizado*, procurando-se identificar as atividades e os compromissos necessários para efetuar a abordagem dos determinantes de saúde num mundo globalizado, por intermédio da promoção da saúde, condições enunciadas no documento final da Conferência, a *Carta de Banguecoque* (6.^a CISPS, 2005), destacando na *introdução* o seu *âmbito*, as condições essenciais para abordar os determinantes da saúde, num mundo globalizado, através da promoção da saúde, o seu *propósito*, sendo o núcleo do desenvolvimento as políticas e parcerias passíveis de capacitar as populações para uma saúde melhor e equitativa (Rice, 2006), os *grupos-alvo*, cujas ações são essenciais para alcançar os objetivos de saúde, mormente os *governos e classe política*, a *sociedade civil*, o *sector privado*, as *organizações internacionais*, e a *comunidade com intervenção na saúde pública*.

É clarificada a noção de *promoção da saúde* como um direito humano prioritário, englobado numa perspetiva positiva de qualidade de vida, que inclui o bem-estar mental e espiritual (6.^a CISPS, 2005). A *abordagem dos fatores determinantes da saúde* engloba a *alteração do contexto*, face às modificações na promoção da saúde desde o início das Conferências, os *fatores críticos* que influenciam a saúde, como o *aumento das desigualdades* nos e entre diferentes países, os *novos padrões* no consumo e na comunicação, os *processos de comercialização*, as *alterações ambientais* globais, e a *urbanização*, sendo indicados *novos desafios* (Rice, 2006), perante a possibilidade de condições adversas na *área social, económica e demográfica*, que aumentam a vulnerabilidade das crianças e a exclusão social.

Com a globalização emergem *novas oportunidades* de cooperação para melhorar a saúde, incluindo o progresso nas *tecnologias de informação e de comunicação* e a melhoria dos *processos de governação* e de *partilha de experiências*. Estes pressupostos implicam que exista *coerência política* ao nível dos *governos*, das *Nações Unidas*, e outras *organizações*, incluindo o *sector privado*, pois apesar do *progresso alcançado* com o posicionamento da saúde no centro do desenvolvimento falta ainda atingir bastantes objetivos, para os quais será essencial a implicação inequívoca da *sociedade civil* (Heidmann *et al.*, 2006).

São apontadas como *estratégias de promoção da saúde num mundo globalizado* as *intervenções eficazes*, que englobem não apenas medidas políticas fortes como a participação

ampla da sociedade, tendo como *ações necessárias* a defesa da saúde com base nos *direitos humanos e na solidariedade*, o investimento em políticas estruturais direcionadas aos *determinantes da saúde*, o empoderamento no desenvolvimento da *promoção da saúde* e da *educação sanitária* (CISNS, 2003), a criação de normativos que garantam proteção a toda a população com base em *princípios de equidade em saúde*, e a criação de parcerias globais que visem *garantir a sustentabilidade das ações*.

É assumido um *compromisso com a saúde para todos*, cuja *fundamentação* se apoia no papel da área da saúde na execução de *políticas e parcerias* de carácter global para a promoção da saúde, visando um aumento do controlo dos determinantes da saúde, com base em quatro *compromissos chave* que contribuam nesse sentido, a promoção da saúde como *componente primordial da agenda de desenvolvimento global*, pelo diálogo e cooperação entre os países, a sociedade civil e o sector privado, *responsabilidade central de todos os governos*, que devem explicitar os efeitos para a saúde das medidas políticas que adotam, *objetivo fundamental da comunidade e da sociedade civil*, ao nível do planeamento, implementação e execução de ações neste âmbito, e *requisito de boas práticas empresariais*, considerando a sua influência ao nível da situação local, da cultura nacional, do meio ambiente e na partilha da riqueza (Heidmann *et al.*, 2006; Rice, 2006).

Perante estes aspetos, é destacada a necessidade de *empenhamento global para a sua concretização*, manifesto num *esforço coletivo em prol da saúde*, no qual todos os sectores terão as suas tarefas e responsabilidades concretas (Martins, 2005), no *preenchimento de lacunas na sua implementação*, colmatando os aspetos que possam limitar ou impedir a realização das ações de promoção da saúde, na *chamada para a ação*, apelando à OMS e aos seus membros para que contribuam na mobilização de recursos para a promoção da saúde, na *aliança global*, solicitando aos governantes a execução de uma aliança mundial para a promoção da saúde, e no *compromisso para melhorar a saúde*, reiterando a promessa do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde (WHO, 2009a).

3.2 – No encalço da saúde para todos: Primados no programa nacional de saúde escolar

A importância das diferentes Conferências, subjacente nas propostas e recomendações expressas no documento final que emerge de cada uma delas, repercute-se de forma decisiva nas decisões que progressivamente vão sendo tomadas, no âmbito da

promoção da saúde e prevenção da doença, pelos diferentes países e organizações, influenciando a definição das políticas desenvolvidas nesta área, não sendo Portugal uma exceção, até por ser um estado membro do Comité Regional Europeu da OMS, que procura cumprir as metas estabelecidas por esta organização (OMS, 1998/2002).

Esta influência pode-se constatar no PNS, que “define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde” (MS-DGS, 2004a, p. 19), bem como no PNSE, dele emergente, que representa “o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, (...) baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil” (MS-DGS, 2006, p. 12).

O PNSE estabelece pressupostos de intervenção ao nível das comunidades educativas de Ensino Pré-Escolar, Básico e Secundário, propondo uma função impulsionadora na gestão dos seus determinantes da saúde, representando as ESE a conexão entre o sistema de saúde e o sistema educativo, visando a sua efetiva implementação. Esta conceção radica numa perspetiva de saúde escolar que visa um processo de promoção e educação para a saúde, em que qualquer indivíduo deve ter o direito a ser educado “numa escola que promova a saúde e que integre as questões de saúde numa abordagem abrangente”, contribuindo as escolas para “promover a saúde física, emocional e social dos estudantes, funcionários, famílias e comunidades em geral” (OMS, 1998/2002, p. 21).

Em Portugal a coordenação do PNSE é efetuada pela Direção-Geral da Saúde, responsável pela respetiva orientação técnica e pela indispensável articulação com o Ministério da Educação, procurando uma progressiva capacitação dos Centros de Saúde e das Escolas para a promoção da saúde. A intervenção das ESE realiza-se preferencialmente nas Escolas, envolvendo não só os profissionais de saúde, que delas fazem parte, mas também os docentes, as famílias e a comunidade educativa, tendo por finalidade:

- “Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.” (MS-DGS, 2006, p. 13-14).

Estes pressupostos englobam-se nas perspetivas expressas em diferentes documentos

finais das *Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde*, constatando-se que já na *Carta de Ottawa* se enfatiza a importância da configuração de políticas saudáveis e da criação de ambientes favoráveis à saúde (1.^a CISPS, 1986), dos quais a Escola poderá ser exemplo. Estas perspetivas são reforçadas em Conferências subsequentes, como se verifica na *Declaração de Adelaide*, que aponta mais uma vez no sentido da criação de ambientes favoráveis à saúde (2.^a CISPS, 1988) ou na *Declaração de Sundsvall*, que estabelece as principais dimensões de ação para a criação destes ambientes (3.^a CISPS, 1991).

Apesar das referências mais explícitas, já enunciadas, pode-se considerar que, na globalidade das Conferências, são destacados alguns aspetos essenciais à promoção da saúde, nomeadamente a importância do envolvimento das comunidades, neste caso educativa, da equidade, expressa na inclusão escolar, do ambiente, saudável e seguro, e da adoção de estilos de vida saudáveis, que permitem vislumbrar a suas influências no PNSE. Estas medidas assentam no reforço das ações de promoção da saúde, que implicam “dinamizar as equipas de Saúde Escolar dos centros de saúde e constituir outras equipas multidisciplinares móveis para as escolas e outros locais ídex.” (MS-DGS, 2004b, p. 107).

Admitindo a importância dos contextos de vida quotidiana no padrão de saúde de cada pessoa, as intervenções nas escolas envolvem estratégias promotoras de mudança pessoal e ambiental, que englobem o maior número possível de indivíduos, de forma equitativa, organizadas “numa *Agenda de Saúde Escolar* que contempla:

1. *A Saúde individual e colectiva;*
2. *A Inclusão escolar;*
3. *O Ambiente escolar;*
4. *Os Estilos de vida.*” (MS-DGS, 2006, p. 16).

Relativamente à *saúde individual e coletiva* a Escola, enquanto espaço promotor da saúde, deve influenciar as condutas e atitudes dos alunos, bem como o desenvolvimento ao nível académico e emocional, sendo responsabilidade da saúde escolar os cuidados relativamente à saúde física e mental, visando as intervenções efetuadas monitorizar a realização do Exame Global de Saúde nas idades-chave (5-6 anos e 11-13 anos), gerir a Ficha de Ligação Médico Assistente – Saúde Escolar, avaliar a realização do Programa Nacional de Vacinação da comunidade escolar, promover a saúde mental ao nível da Escola, articular a rede de serviços de saúde com a da educação e outras existentes na comunidade visando a resolução de problemas identificados e cooperar com os representantes da área da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (MS-DGS, 2006).

Pode-se constatar o entendimento da promoção da saúde como um investimento essencial, bastante explícito na *Declaração de Jacarta*, sendo estes aspetos indispensáveis por contribuírem para os *ganhos de saúde*, a *redução das desigualdades*, a *promoção dos direitos fundamentais* e o *desenvolvimento social* (4.^a CISPS, 1997). Enquadram-se igualmente nas metas de saúde para o Séc. XXI, nomeadamente no que respeita ao “Início de vida saudável”, no âmbito de “instituições que cuidem e promovam a saúde das crianças”, e à “Saúde para os jovens”, através de programas que visem “ajudar as crianças e os jovens a tornar fácil a escolha saudável” (OMS, 1998/2002, p. 13-14).

Ao nível da *inclusão escolar*, importa considerar que qualquer aluno deve ter o direito e a possibilidade de frequentar uma Escola que seja um espaço diversificado de aprendizagem e de saúde, independentemente das suas deficiências, dificuldades, diferenças ou necessidades específicas. Nesta perspetiva, a atividade das ESE, no apoio às crianças com Necessidades de Saúde Especiais devem permitir avaliar as situações detetadas pela Escola e passíveis de encaminhamento, elaborar o *Plano de Saúde Individual* destas crianças, apresentar pareceres a integrar no *Programa Educativo Individual*, gerir as situações de doença ou incapacidade em contexto escolar em ligação com os pais/encarregados de educação e o médico da criança, apoiar as equipas de intervenção precoce dos Jardins-de-Infância no apoio às crianças referenciadas e acompanhar a realização e a avaliação do *Programa Educativo Individual* (MS-DGS, 2006).

Encontra-se presente um princípio fundamental da promoção da saúde, expresso nas Conferências, de Alma-Ata a Banguecoque, a equidade, que obteve na *Declaração do México* atenção especial, por se englobar na *Promoção da saúde: Rumo a maior equidade* (5.^a CISPS, 2000), englobando os valores orientadores do PNS “a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade” (MS-DGS, 2004a, p. 25) este princípio, basilar à inclusão, escolar e social, de todo o indivíduo.

Quanto ao *ambiente escolar*, tendo em conta a importância da sua qualidade na saúde dos alunos, compete à Escola mantê-lo saudável a diferentes níveis, como o saneamento básico, a água potável, o ambiente propício à atividade física e à mobilidade segura, o ar sem poluição, e a redução da exposição dos alunos a riscos de natureza física, química e biológica, competindo às ESE consciencializar a comunidade educativa quanto aos riscos ambientais que poderão afetar a saúde das crianças, envolver os alunos em projetos de educação para o ambiente e a saúde, promover a segurança e prevenir acidentes em contexto escolar ou periférico, monitorizar os acidentes que ocorram neste âmbito, avaliar as condições de

segurança, higiene e saúde nas instituições de ensino, em conjunto com as entidades competentes e a comunidade educativa (MS-DGS, 2006).

Recordando a ênfase dada, de forma global na maioria das Conferências, à importância do ambiente na saúde, não será demais destacar a *Declaração de Sundsvall*, produto da Conferência sob a égide da *Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde* (3.^a CISPS, 1991), aspetos que voltam a ser reforçados na *Carta de Banguecoque*, que aponta para a pertinência de criar medidas que assegurem a proteção da saúde e a redução de riscos associados às condições de vida (6.^a CISPS, 2000), realçando a “necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente.” (Heidmann *et al.*, 2006, p. 355).

Com respeito aos *Estilos de Vida*, entendidos como costumes e atitudes mobilizadas no contexto quotidiano, integrados no decurso da socialização dos indivíduos e repercutidos durante a sua vida, aos profissionais dos sectores da educação e da saúde compete adotar uma postura contínua de empoderamento dos alunos, essencial à promoção da saúde, devendo a intervenção das ESE englobar duas áreas prioritárias, a promoção de estilos de vida saudáveis, ao nível da *saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo*, e a prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco, nomeadamente o *consumo de substâncias lícitas* (tabaco, álcool), *consumo de substâncias ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar* (MS-DGS, 2006, p. 17-18).

O empoderamento representa outro conceito central da promoção da saúde, enunciado na *Carta de Ottawa*, numa ótica de “reforço do poder (...) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos” (1.^a CISPS, 1986), e na *Declaração de Sundsvall*, visando “Habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e da capacitação” (3.^a CISPS, 1991). Este princípio, implícito noutras Conferências, é essencial no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, sendo o empoderamento concebido como a educação para a saúde, alicerçada nos interesses e nas necessidades dos indivíduos, enquanto sujeitos ativos (Moura, 2006).

Os programas de promoção da saúde, com base em ações de natureza científica, deverão contemplar uma metodologia de projeto seguindo as suas etapas (MS-DGS, 2006):

- *Identificação do(s) problema(s)*: diagnóstico e caracterização da sua gravidade;
- *Identificação dos objetivos*: quanto às mudanças a fomentar;

- *Seleção de atividades*: intervenção dos alunos e da comunidade educativa;
- *Preparação de um orçamento para o projeto*: definição dos recursos mobilizados;
- *Organização do trabalho dos indivíduos, dos grupos e dos serviços*: estabelecimento de lideranças e responsabilidades;
- *Avaliação do projeto*: principais indicadores de análise e resultados obtidos.

Considerando a importância do planeamento e realização de atividades de promoção da saúde, em contexto educativo, de forma sustentada, equitativa, racional e participada, os projetos alicerçados no PNSE deverão, a nível local, ter como prioridade a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos nocivos, englobando-se sempre que possível nos conteúdos curriculares lecionados, a participação em eventos de saúde marcantes, considerando as práticas desenvolvidas pela Escola e pelos alunos e as suas necessidades, visando “Apostar na acção comunitária como uma área de actuação fundamental em promoção de saúde” e “Garantir uma maior participação de cada indivíduo nas decisões que dizem respeito à sua saúde” (Fernandes, 2002).

Apesar das perspetivas enunciadas serem transversais a diferentes Conferências, na *Declaração de Adelaide* constata-se um claro ênfase relativamente à definição e clarificação de *políticas públicas saudáveis* relacionadas com a promoção da saúde (2.^a CISPS, 1988), nas quais se podem englobar os programas baseados no PNSE, com uma metodologia, enquadramento e prioridade predefinidas. Estes aspetos inserem-se nas conceções de Alma-Ata e Ottawa, relativamente à *construção de políticas públicas saudáveis*, à *criação de ambientes de suporte à saúde*, ao *desenvolvimento de competências pessoais*, ao *reforço da acção comunitária* e à *reorientação dos serviços de saúde* (Dinarés, 2006).

O desenvolvimento e implementação da saúde escolar envolve a aquisição e complementaridade de competências, por parte dos profissionais das áreas da educação e da saúde envolvidos, que lhes possibilitem uma intervenção ativa, participativa e adequada ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis nas Escolas. Às ESE compete sensibilizar e reforçar as competências dos diferentes atores envolvidos no processo de promoção da saúde, enquanto aos professores, e restante comunidade educativa, se coloca o desafio de desenvolverem e aplicarem abordagens inovadoras de formação, agindo no âmbito da promoção da saúde na Escola, considerando o papel dos alunos neste processo.

Esta conceção encontra-se presente de forma explícita ou implícita nas diferentes Conferências, sendo mais evidente na *Declaração de Adelaide*, onde é destacada a importância das parcerias no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, considerando

que os diversos sectores da sociedade “têm ao seu alcance muitas formas de agir na defesa dos interesses de saúde de toda a comunidade” (2.^a CISPS, 1988). Também na *Declaração de Jacarta* é destacada a importância da consolidação e expansão das parcerias em saúde, pois estas “oferecem mútuo benefício para a saúde através da partilha da especialização, das competências e dos recursos” (4.^a CISPS, 1997), sendo neste âmbito que assenta a perspetiva multidisciplinar, dos atores intervenientes nas escolas promotoras da saúde, na qual “são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado.” (MS-DGS, 2004a, p. 47).

Todos estes agentes devem ter oportunidade de formação, especializada ou pós-graduada, que potencie as suas capacitações na área da promoção da saúde e prevenção da doença, sobretudo no que respeita às “metodologias de intervenção activas-participativas”, ao “trabalho interpares”, à “promoção de competências pessoais e sociais” e à “comunicação interpessoal” (MS-DGS, 2006, p. 30), instrumentos de intervenção ao nível da educação para a saúde, com base em alicerces teóricos devidamente creditados, o longo do ciclo de vida das crianças e no ambiente escolar, desde o Jardim-de-Infância até ao final do Ensino Secundário.

Este aspeto encontra-se claramente enfatizado na *Declaração de Jacarta*, pois nesta afirma-se que “A aprendizagem em saúde favorece a participação.” (4.^a CISPS, 1997), sendo essencial que o acesso à educação e à informação, fundamental para todos, seja efetivo para os profissionais envolvidos na saúde escolar, promotores da participação efetiva e do reforço das capacidades dos membros da comunidade escolar. A *Carta de Banguecoque* destaca as novas oportunidades de aquisição de capacitações no âmbito da promoção da saúde, resultantes da globalização, que incluem a melhoria do acesso às TIC e da possibilidade de troca de experiências, aspetos importantes em processos de formação e capacitação (6.^a CISPS, 2005), também englobados nas metas de saúde para o Séc. XXI, quanto ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (OMS, 1998/2002).

3.3 – Rumando ao futuro: As orientações de Nairobi

Recentemente, em Outubro de 2009, realizou-se em Nairobi, no Quénia, a 7.^a CISPS, tendo como temática central a *Promoção da saúde e desenvolvimento: Colmatando as lacunas de implementação*, sendo destacada a necessidade de reforçar a promoção da saúde, face às ameaças que a saúde e o desenvolvimento enfrentam, em resultado da crise financeira que ameaça a viabilidade das economias, em geral, e dos sistemas de saúde, em particular, do

aquecimento global e das alterações climáticas, que afetam a vida humana, e as ameaças à segurança, que criam uma sensação de insegurança nas comunidades (Lin *et al.*, 2009b).

Nesta conferência é destacado o imperativo de se retirar ensinamentos dos resultados obtidos nas últimas décadas, considerando a importância das várias cartas, declarações e resoluções em que se enuncia a relevância da promoção da saúde, mas também a sua aplicabilidade real, destacando-se o facto de se estar ainda muito aquém dos compromissos assumidos, principalmente devido a não serem colocadas em prática, no terreno, muitas das orientações preconizadas (Petersen & Kwan, 2010). Considera-se premente assumir, conforme as premissas aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS, a promoção da saúde como uma forma eficaz de alcançar os objetivos de desenvolvimento internacional de saúde, no âmbito da erradicação da pobreza, do combate a doenças específicas (malária, tuberculose, SIDA), da desnutrição, reprodução e saúde materna e infantil.

A necessidade urgente é que essas metas sejam cumpridas e, aqui, a promoção da saúde tem conhecimentos específicos que podem acelerar os progressos para a sua realização, sendo também relevante englobar a abordagem ao surgimento exponencial de doenças não transmissíveis, lesões e doenças mentais, bem como à constante falta de mecanismos de financiamento sustentável da promoção da saúde, pelos sistemas de saúde. Para resolução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, será imperativo desenvolver uma abordagem que promova a equidade, como parte do ressurgimento dos cuidados de saúde primários.

Foram diagnosticadas as principais lacunas, ao nível da aplicação das resoluções, que limitam a implementação da promoção da saúde, implicando estratégias de abordagem eficazes, sobretudo ao nível da necessidade de incorporação de evidências de boas práticas, nos programas de saúde desenvolvidos, da alteração na formulação de políticas e parcerias intersectoriais, onde os impactos da iniquidade e dos determinantes sociais da saúde devem ser considerados, e o aumento da capacidade dos sistemas de saúde para a promoção da saúde, como um efetivo indicador de desempenho (Lin *et al.*, 2009b).

Na versão do documento distribuído no final desta conferência, *Nairobi call to action*⁵¹ (WHO, 2009b), são destacadas, logo na *introdução*, as estratégias-chave e os compromissos essenciais para colmatar as lacunas de execução dos projetos de desenvolvimento e de promoção da saúde. Mais uma vez é realçada a importância da promoção da saúde enquanto elemento fundamental para melhorar a saúde e a qualidade de vida, reduzindo as iniquidades na saúde e a pobreza, ajudando a implementar sociedades

⁵¹ Chamada para a ação de Nairobi (tradução do autor).

justas que permitam às populações os recursos que lhes possibilitem orientar as suas vidas e ter controlo sobre a sua saúde

Procurou-se uma participação alargada, que represente uma implicação global na promoção da saúde e que reflita o carácter político da agenda da conferência, bem como a natureza multisectorial dos desafios abordados, numa tentativa de que as propostas apresentadas sejam divulgadas não só aos membros da OMS e da ONU, mas também aos representantes de organizações internacionais de desenvolvimento, governos, dirigentes nacionais e locais, decisores políticos, populações, sociedade civil, organizações privadas e não-governamentais, profissionais de saúde e académicos, indivíduos, famílias comunidades, organizações comunitárias e redes sociais (WHO, 2009b).

O *compromisso global* assumido assenta em três eixos essenciais, *utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde*, elemento fundamental de gestão das mudanças locais e globais que afetam as populações, revitalizando os cuidados de saúde primários, a saúde pública e promovendo a participação comunitária, *tornar a promoção da saúde um princípio integral das políticas e das agendas de desenvolvimento*, impulsionando a justiça social e a equidade na saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, bem como a (re)distribuição de recursos que reforcem a capacitação e a liderança para a promoção da saúde, *desenvolver mecanismos eficazes e sustentáveis de expansão da promoção da saúde*, estabelecendo planos de ação concertados com as necessidades das populações, fomentando a sua capacitação interna e difundindo benefícios de natureza social, económica e de saúde (Petersen & Kwan, 2010).

Como *estratégias e ações* foram propostas cinco orientações temáticas, visando atuar nos fatores que limitam a eficácia dos processos de promoção da saúde, visando a sua resolução, para que estes se desenvolvam de forma adequada, colmatando as lacunas da sua implementação, o *empoderamento individual* e a *aprendizagem em saúde e comportamentos de saúde*, o *empoderamento comunitário*, o *fortalecimento dos sistemas sociais*, as *parcerias e ação intersectorial* e a *capacitação para a promoção da saúde* (Lin et al., 2009b).

O *empoderamento individual: aprendizagem em saúde e comportamentos de saúde* tem por base a conceção de que a literacia elementar é um alicerce fundamental para o desenvolvimento e para a promoção da saúde, realçando que as intervenções no âmbito da aprendizagem em saúde devem ser desenvolvidas considerando as necessidades de saúde, sociais e culturais das populações. A aprendizagem em saúde é fundamental para o empoderamento individual, que proporciona os meios através dos quais o indivíduo efetua a escolha de comportamentos saudáveis, oferecendo-lhe também a possibilidade de negociar e

procurar mudanças no seu meio circundante, que promovam a sua saúde, implicando as ações a implementar nesta área *apoiar o empoderamento, adotar tecnologias de informação e comunicação*⁵², *construir e aplicar bases de dados* (Kanj & Mitic, 2009; WHO, 2009b).

O *empoderamento comunitário* alicerça-se no conceito de que as comunidades devem partilhar o poder, os recursos e as capacidades de decisão, no sentido de assegurarem condições sustentáveis para a equidade em saúde. Consiste na capacidade de desenvolver uma ação social, tendo como objetivo a promoção da saúde, que ocorre pela conjugação de esforços que permitam efetivar uma intervenção ou advogar uma determinada mudança política ou social. Refere-se ao processo de capacitação das comunidades para aumentar o controlo e a capacidade de decisão, quanto à sua própria existência, adquirindo domínio sobre os fatores e as deliberações que moldam e têm impactos decisivos nas suas próprias vidas, envolvendo as intervenções a implementar neste âmbito *possibilitar a apropriação da comunidade, desenvolver recursos sustentáveis e construir e aplicar bases de dados* (Laverack *et al.*, 2009; Lin *et al.*, 2009b; WHO, 2009b).

O *fortalecimento dos sistemas de saúde*, considerando a sua imprescindível sustentabilidade, implica que as intervenções de promoção da saúde sejam englobadas nos sistemas de saúde que apoiam a equidade na saúde e apresentam adequados padrões de desempenho. Os sistemas de saúde são fortalecidos com uma mais adequada integração da promoção da saúde nas suas estruturas, melhorando o seu desempenho ao nível do apoio à ação da comunidade, às competências de saúde individuais e à advocacia de políticas de intervenção, podendo também alterar a forma como as suas atividades são executadas e o seu financiamento é alocado, visando reforçar a sua orientação para a prevenção e promoção da saúde, implicando *reforçar a liderança, melhorar as políticas, assegurar o acesso universal e construir e aplicar bases de dados* (Lin *et al.*, 2009b; WHO, 2009b; Ziglio, 2009).

As *parcerias e ação intersectorial* (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009) são condições fundamentais para intervir eficazmente sobre os fatores determinantes da saúde e atingir a equidade em saúde, sendo essencial que estas ações e parcerias se desenvolvam em âmbitos que vão além do sector da saúde, instituindo formas de colaboração, cooperação e integração entre diferentes áreas de intervenção, com o objetivo de obter melhorias na qualidade de vida e bem-estar das populações. A ação intersectorial para a saúde é vital para a obtenção de co-benefícios, basilares para enfrentar as causas dos défices em saúde,

⁵² Fomentar a utilização das TIC promovendo uma equitativa aprendizagem em saúde, assegurando uma política pública de acesso às mesmas que cubra inclusive áreas remotas e carentes, implicando capacitar os profissionais de saúde e as comunidades para maximizar a sua utilização (Kanj & Mitic, 2009; WHO, 2009b).

necessitando de uma boa gestão, com a adoção de medidas eficazes ao nível das políticas públicas, bem como de uma avaliação efetiva dos resultados das intervenções na comunidade.

A eficácia deste tipo de ação depende do desenvolvimento de parcerias, cujo objetivo não será apenas ser agradável ou inclusiva para todos, mas ser uma ação estratégica, baseada numa análise dos problemas comuns e das soluções partilhadas, incluindo *reforçar a liderança, reforçar a política, reforçar a aplicação, construir e aplicar bases de dados* (Lin *et al.*, 2009b; Solar *et al.*, 2009; WHO, 2009b).

A *capacitação para a promoção da saúde* (Lin, Fawkes, Lee, Engelhardt & Mercado, 2009), tem como bases essenciais a construção de infraestruturas de promoção da saúde sustentáveis e o fundamental desenvolvimento de competências multisectoriais para colmatar as lacunas na implementação dos processos de promoção da saúde. Aplicada à promoção da saúde visa agir sobre os determinantes sociais e as desigualdades em saúde, estando os esforços de capacitação relacionados com os meios, opções e responsabilidades sobre os fatores que influenciam a saúde, e os fins, participação na vida social, política e económica, e a manutenção da saúde e da qualidade de vida.

As intervenções de promoção da saúde eficazes têm o suporte de um conjunto de infraestruturas, estratégias de crescimento, parcerias intersectoriais e compromissos políticos, com base em objetivos claros e bem definidos, criados de acordo com os dados sobre a natureza e a extensão dos problemas de saúde, resultado de investigações efetuadas, o nível de desenvolvimento e a avaliação da capacidade do sector da saúde para a sua promoção, englobando as intervenções neste âmbito *reforçar a liderança, assegurar o financiamento adequado, aumentar as competências profissionais, reforçar as abordagens do sistema, melhorar a gestão do desempenho* (Lin *et al.*, 2009a; Lin *et al.*, 2009b; WHO, 2009b).

Nesta conferência destaca-se o significativo apelo para uma ação conjunta e concertada, a nível global, considerando o facto de que tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento enfrentam atualmente riscos significativos de surgimento de surtos de doenças preveníveis, que podem ameaçar e comprometer o seu desenvolvimento económico futuro. Foram destacadas cinco responsabilidades urgentes, para os governos e demais interessados: reforçar as lideranças e os grupos de trabalho; fomentar a promoção da saúde; capacitar as comunidades e os indivíduos; melhorar os processos participativos; construir e aplicar o conhecimento. Este apelo, para colmatar as lacunas na implementação da promoção da saúde (Figura n.º 16), implica um amplo apoio global, sendo extremamente necessário, pelas alterações positivas profundas que poderá trazer à vida dos indivíduos (WHO, 2009b).

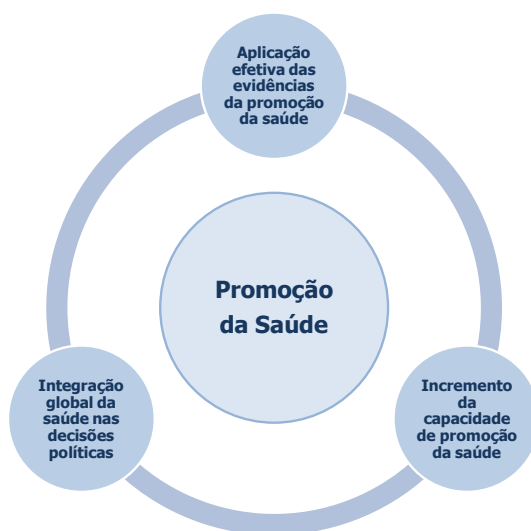


Figura n.º 16 – Fomento da implementação da promoção da saúde (Fonte: adaptado de Lin *et al.*, 2009b, p. 6)

3.4 – Das intenções aos atos...

Numa conceção primordial, a intervenção desenvolvida no âmbito da saúde era subjugada por uma perspetiva enquadrada num modelo biomédico da saúde e da doença, emergente de paradigmas dominantes num quadro histórico específico, não sendo grandemente valorizados neste contexto os fatores sociais, culturais e psicológicos. Aquilo que era, então, considerado relevante resumia-se à transmissão de informação concisa e concreta sobre a situação clínica, ignorando as carências e as práticas tradicionais das populações a respeito da sua saúde (Martins, 2008).

Hoje, mais de três décadas passaram desde a definição da meta *Saúde para Todos*, que vem norteando as diferentes Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde que se têm realizado. Afirmar que esta meta foi alcançada seria uma inverdade, pois relativamente aos pressupostos essenciais em que se alicerça temos que afirmar que, no atual contexto global, a nível económico, político e social, subsistem graves desigualdades, sendo a equidade um valor ainda distante para muitos indivíduos, famílias e comunidades, não se podendo ainda assumir para todos a “saúde como um direito humano fundamental” (CISCSP, 1978).

O facto desta meta não ter sido ainda atingida, da forma como tinha sido inicialmente concebida, não levou, nem o deverá fazer, os diferentes atores que intervêm neste sector a abandoná-la ou à votá-la à inércia, perante as constantes dificuldades emergentes, pois neste

campo de ação o mais importante será a “predisposição e o permanente compromisso de responder aos problemas, necessidades e expectativas das comunidades, avaliando continuamente os ganhos obtidos (ou não) pela intervenção no terreno” (Meireles, 2008).

As conferências abordadas representam marcos importantes no âmbito da promoção da saúde, desempenhando uma progressiva influência na organização dos sistemas de saúde, a nível global, com enfoque em elementos basilares, como a mudança de estilos de vida, numa perspetiva mais comportamental, e a associação da saúde às condições ambientais e à qualidade de vida, aspetos a que subjaz o conceito de empoderamento, essencial ao desenvolvimento das e nas comunidades, que fomente a capacitação das populações, enquanto agentes transformadores e promotores da saúde (Heidmann *et al.*, 2006).

A saúde escolar representa, neste contexto, um instrumento fundamental à disposição da comunidade, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, ao qual se encontram subjacentes inúmeros pressupostos enunciados nos documentos finais das diferentes Conferências, sendo caracterizada por uma dinâmica multidisciplinar que envolve profissionais do sector da saúde e da educação, desenvolvida maioritariamente nas Escolas com o objetivo de contribuir não apenas para promover e proteger a saúde na comunidade educativa, como privilegiar o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens em idade escolar, numa conceção de equidade e de desenvolvimento sustentado (MS-DGS, 2006).

Um pressuposto subjaz aos diferentes aspetos enunciados, a saúde deve ser encarada como uma coresponsabilização de cariz social, envolvendo todos os sectores da sociedade, a partir do momento em as atividades que desenvolvem tenham impacto ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos, constituindo-os como parceiros de intervenção e protagonistas, diretos ou indiretos, nos programas implementados pela saúde escolar, em articulação com as equipas neles envolvidas, para que as intervenções desenvolvidas pelas áreas da educação e da saúde sejam fortalecidas pela partilha de conhecimentos e capacitações, numa perspetiva de “Responsabilidade multisectorial para a saúde” (OMS, 1998/2002, p. 22).

Constatando-se que, apesar dos esforços efetuados nas últimas décadas, grande parte das propostas apresentadas não são, ainda, uma realidade, persistindo fortes desigualdades e iniquidades a diversos níveis, numa perspetiva global, não deixa de ser interessante refletir nos ganhos que se têm vindo a obter, progressivamente, ao nível do bem-estar e da qualidade de vida das populações (Petersen & Kwan, 2010), no entanto entre as Conferências Alma-Ata e Nairobi as mudanças foram muitas e prementes, resultando em asserções que, queiramos ou não, influenciaram as políticas no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Capítulo 3

O enlace estratégico: Congregando tecnologia educativa e saúde escolar

*"Too many health educators focus only on the potential problems and abuse of technology. That will occur, as it has with all advances. But, as a profession we need to keep an open mind and explore what ways technology can be used to enhance what we do."*⁵³

(Mark Kittleson)

⁵³ "Demasiados educadores de saúde focalizaram-se apenas nos potenciais problemas e abusos da tecnologia. Tal irá ocorrer, como tem acontecido em todas as inovações. Mas, enquanto profissionais precisamos manter a mente aberta e explorar formas de podermos utilizar a tecnologia para melhorar o que fazemos." (tradução do autor).

1 – Fortalecendo os laços da união: Panorama atual de uma inter-relação profícua

As intervenções no âmbito da educação para a saúde, numa perspetiva mais tradicional, baseavam-se na mera transmissão de informação, mas na atual sociedade, caracterizada por uma constante evolução tecnológica, este modelo de atuação é inevitavelmente posto em causa, pois torna-se cada vez mais fundamental que os profissionais das áreas da educação e da saúde, a par de outros que intervenham no campo inicialmente mencionado, atuem como elementos facilitadores do pleno acesso à informação.

Esta responsabilidade alicerça-se na premência atual de refletir, analisar e filtrar a multiplicidade de informação disponível, especialmente a que se refere a aspetos de saúde, facultando critérios que a permitam classificar de acordo com o crédito atribuído, bem como os impactos e os efeitos pretendidos, capacitando os indivíduos, grupos e comunidades para usufruir, de forma mais qualitativa do que quantitativa, da informação a que acedem através dos diversos *media*, tornando-os um alvo menos vulnerável relativamente a asserções menos válidas ou dificilmente compreensíveis (Kivits, Doullier & Giraudo, 2008). A clara e gradual integração, que se vem estabelecendo, da tecnologia educativa nas atividades relacionadas com a educação para a saúde, constitui presentemente uma realidade que não pode ser negada, tendo por base os aspetos atrás referenciados, representando uma aliança com forte potencial para a capacitação das populações com vista ao seu empoderamento e responsabilização, enquanto agentes da sua própria saúde, bem como da comunidade em que se inserem.

Atualmente encontram-se múltiplos exemplos do efetivo enlace entre tecnologia, educação e saúde, que constitui o tema central deste estudo, representativos de uma crescente preocupação com a problematização da prática associada às intervenções educativas relacionadas com a promoção da saúde, bem como da emergência de uma perspetiva que, apesar de se basear na utilização de um recurso normalmente associado a conceções de globalização, as TIC, radica numa visão de carácter humanista e ecológico, visando responder às reais necessidades, individuais ou coletivas, de saúde.

Esta interligação encontra-se bem patente em várias publicações efetuadas já na primeira década do Séc. XXI, em vários países, dando continuidade à abordagem desta

temática nos finais do Séc. XX, enunciando o potencial emergente da aplicação das conceções oriundas da tecnologia educativa enquanto elementos dinamizadores das atividades de educação para a saúde, constatando-se que a literacia digital e mediática, quando aplicada ao nível da promoção da saúde, envolve os indivíduos numa análise crítica das mensagens relacionadas com comportamentos de risco, influenciando as suas perceções e práticas (Bergsma & Carney, 2008).

Na América do Norte podemos destacar a ênfase que é dada a esta temática no Canadá, sendo relevante enunciar a atividade do *Groupe de recherche Médias et santé*⁵⁴, da *Faculté de communication*⁵⁵ da UQÀM – Université du Québec à Montréal⁵⁶, que desde 2003 se tem dedicado à análise e compreensão do papel desempenhado pelos *media* na construção e difusão de representações e normas sociais ao nível da saúde, visando o desenvolvimento de uma comunicação eficaz que contribua para melhorar a saúde e o bem-estar. Esta atividade congrega uma equipe multidisciplinar de investigadores, que procura definir os objetos de pesquisa em parceria com diferentes atores dos sectores da saúde pública e do *media*⁵⁷.

Englobados nesta mesma perspetiva, importa enunciar os trabalhos desenvolvidos por autores como Bourdon (2010), Campion (2008), Dupuis (2010) e Janzky (2009), nos quais se constata o potencial atribuído às TIC de, enquanto meios de comunicação, influenciarem os processos de mudança social e coletiva, nomeadamente ao nível da educação, das crenças e atitudes pessoais, da reformulação das perspetivas individuais para perspetivas sociopolíticas e da definição de normas sociais. A aplicação destes recursos numa ótica social permite encará-los como veículos de transformação comunicacional estratégica, contribuindo para uma ação preventiva ao nível das representações, atitudes ou comportamentos, promovendo efetivamente a saúde comunitária.

Também nos Estados Unidos da América se constata a existência de um amplo, e progressivamente alargado, interesse pela interligação entre tecnologia e saúde, numa perspetiva relacionada com a educação, enquanto instrumento indispensável aos processos de capacitação e empoderamento individual e comunitário. Vários autores promovem uma abordagem aprofundada relativamente a estas questões, sob diversos ângulos de análise e reflexão, como são exemplo Murero & Rice (2006b), Parker & Thorson (2009), Rice & Katz

⁵⁴ Grupo de pesquisa *Media* e saúde (tradução do autor).

⁵⁵ Faculdade de comunicação (tradução do autor).

⁵⁶ Universidade do Quebec em Montreal (tradução do autor).

⁵⁷ Sítio da Internet do *Groupe de recherche Médias et santé*. Acedido em 6 de Abril de 2011 em <http://www.grms.uqam.ca/>

(2001), Street Jr., Gold & Manning (1997) e Thompson, Dorsey, Miller & Parrot (2003).

Uma das linhas de análise seguidas encontra-se relacionada com a emergência de novas tendências relativamente à comunicação em saúde, englobando o potencial interativo que os atuais recursos de *media* proporcionam, emergindo atualmente campos de intervenção inovadores, enquanto espaços facilitadores de transmissão de informação sobre saúde. Destacam-se as asserções expressas por Duffy & Thorson (2009), Dutta (2009) e Heider, Ratzan & Meltzer (2009), nas quais se enunciam diferentes níveis e contextos de estudo em comunicação em saúde, numa perspetiva ecológica, conceptualizando este fenómeno no âmbito da intervenção desenvolvida pelas organizações de saúde e das estratégias de ação relacionadas com os sistemas de saúde, comunidades e culturas, visando fornecer soluções que promovam a saúde e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades.

Numa outra abordagem, encontra-se aprofundada a análise da relação estabelecida entre a comunicação, mediada pelas TIC, e a saúde, alicerçando-se no facto de que a comunicação relativa à saúde e aos cuidados que a esta estão inerentes, num mundo dominado por uma cultura digital, não pode ser separada de um conjunto de aptidões, que se podem denominar de literacia em saúde. Osborne (2011), Rice (2001), Thompson (2003) e Zarcadoolas & Pleasant (2009), na abordagem que efetuam desta temática, refletem acerca do facto de os esforços envidados para aplicar o potencial emergente das TIC, de auxiliarem os indivíduos a ajudar-se a si próprios, educando-os de forma a melhorar a sua saúde, terá que passar pela expansão e conjugação da literacia digital e em saúde, sendo esta intersecção um espaço social significativo, ética e politicamente consequente, dinâmico e inovador, intrigante e interessante, caracterizando-se como uma área metodologicamente desafiadora.

Estas conceções, quando canalizadas para a área concreta dos cuidados de saúde, abarcam um âmbito de pesquisa em que se inserem múltiplas perspetivas, incluindo a de índole educativa, podendo ser apontadas a título de exemplo a e-saúde, a aplicação de recursos interativos em saúde ou a utilização da Internet como recurso de comunicação em saúde, que podem levar a considerar este conjunto de *media* como um novo sector de intervenção em saúde, a par dos sectores público e privado, que tradicionalmente compõem o sistema de cuidados de saúde. Este campo de ação é abordado por autores como Gurak & Hudson (2006), Hagglund, Shikagi & McCall (2009), Kahn (1997), Murero & Rice (2006a) e Wright (2009), numa perspetiva interdisciplinar e crítica, que agrega e combina os saberes emergentes das ciências sociais, da educação, da saúde, políticas e da comunicação.

Confirma-se igualmente a existência de uma linha de pesquisa relacionada com a

integração das TIC na promoção da saúde, que resulta principalmente do progressivo reconhecimento dos profissionais de saúde relativamente à significativa influência educativa dos *media* na saúde, especialmente pelo crescente impacto que as TIC vão tendo na população, sobretudo na mais jovem. Bergsma & Carney (2008), Gold Jr. (1997), Manning (1997), Salmon & Atkin (2003) e Street Jr. & Rimal (1997), nas últimas duas décadas, apresentam evidências que traduzem, de forma inequívoca, a gradual relevância destes recursos interativos, quando aplicados no âmbito da promoção da saúde e da educação para a saúde, como elementos motivacionais ou de acesso a conteúdos informativos sobre riscos ou problemas de saúde, fomentando a adoção de comportamentos adequados e facultando competências de adaptação, ao contexto em que o(s) indivíduo(s) se insere(m).

Também na América do Sul se constata a progressiva consolidação de uma dinâmica educativa, relativamente ao empoderamento em saúde, através da utilização sustentada e sustentável das potencialidades oferecidas pelas TIC nesta área, sendo exemplo deste facto os trabalhos desenvolvidos por Álvarez (1990) e Mejía (1991; 1993) em San José, na Costa Rica, sobre a aplicação da tecnologia educativa na promoção da saúde. Importa também referenciar a atividade do *Grupo de Informática Educativa en Salud*⁵⁸, da *Facultad de Salud*⁵⁹ da *Universidad del Valle*⁶⁰ em Santiago de Cáli, na Colômbia, que associando a progressiva modernização dos ambientes de ensino-aprendizagem à utilização das TIC na educação em saúde, preconiza o desenvolvimento de infraestruturas de suporte para a criação de materiais educativos interativos, que respondam às necessidades de saúde existentes (Toro, 1997).

As múltiplas dimensões que a atividade formativa mediada por meios eletrónicos proporciona nos processos educativos, desenvolvidos no âmbito da saúde, constituem um aspeto realçado por Ochoa (2009), representando uma clara mais-valia no que se refere ao enriquecimento da capacidade interativa entre formadores e formandos. As TIC, neste campo de ação, assumem um papel que ultrapassa o de um simples meio de transmissão de conhecimentos, podendo contribuir para a mudança de atitudes, comportamentos e práticas, emergindo uma esfera de intervenção que apresenta como principal benefício a possibilidade de, se não eliminar, atenuar barreiras de carácter espacial, temporal e socioeconómico.

A aplicabilidade da tecnologia na educação e na saúde constitui, no Brasil, uma área em franca expansão, sendo encarada como um recurso alicerçado numa base coletiva radcada

⁵⁸ Grupo de Informática Educativa em Saúde (tradução do autor).

⁵⁹ Faculdade de Saúde (tradução do autor).

⁶⁰ Universidade do Vale (tradução do autor).

na conceção de educação na saúde, que radica na apropriação coletiva dos processos educacionais baseados na utilização da tecnologia, preconizados no campo institucional ou político e desenvolvidos, de forma extensiva, pelas instituições de saúde, em conjugação com escolas, centros de formação e outras instituições de ensino. Transcende-se, assim, a habitual abordagem das TIC ao nível dos processos de ensino-aprendizagem, instituindo formas inovadoras de pesquisa e investigação, ensino, formação de redes e gestão dos recursos.

As redes de informação e comunicação existentes constituem um sector referenciado como tendo um amplo impacto ao nível da saúde, representando uma importante fonte de conhecimento nesta área, tanto para a população em geral como para os profissionais, aspetos trabalhados por Soares (2004), que considera ser fulcral a utilização otimizada destes recursos tecnológicos em campanhas de saúde. Para tal considera fundamental a pesquisa relativamente às expectativas, aos interesses dos utilizadores, aos processos de recolha de informação e ao papel das TIC na aquisição de conhecimentos em saúde, identificando as características mais valorizadas neste tipo de processos.

A relevância da utilização da tecnologia educativa, enquanto elemento de empoderamento dos indivíduos e comunidades, constitui uma área abordada por autores como Hammerschmidt & Lenardt (2010) e Monken (2003), considerando variáveis como necessidades de saúde, grupos etários, situação geográfica ou vigilância em saúde. Associando a utilização inovadora da tecnologia educativa a uma perspetiva de empoderamento, conceptualiza-se o desenvolvimento de uma relação de ajuda que vise a obtenção de um progressivo controlo dos indivíduos, a nível pessoal e social, com base em estratégias alavancadas pelas TIC de promoção da saúde, educação para a saúde e reforço das competências, que permitem às populações assumir uma maior responsabilização e controle sobre a sua própria saúde.

A perspetiva concreta de utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde de forma extensiva, em instituições de educação e de saúde, em contexto escolar e laboral, em jovens e adultos, constitui também um sector de análise com algum significado, destacando-se aqui os trabalhos desenvolvidos por Cavalcante & Vasconcellos (2007), Gubert *et al.* (2009) e Santos & Lima (2008). A tecnologia educativa é assumida como uma opção relevante, em termos de promoção da saúde, possibilitando a aquisição e aprofundamento de conhecimentos que conduzam os indivíduos num processo de superação das suas dificuldades e de obtenção de maior autonomia, conquistando melhores condições de saúde e de qualidade de vida, contemplando a utilização das TIC a assunção de intervenções de carácter dinâmico e plural,

que desafiem à criatividade, à flexibilidade e à adaptação.

Também em África surgem ações que interligam os conceitos centrais que vimos abordando, tecnologia, educação e saúde, embora se constataste que nalguns casos esta aplicação se encontra num estadio ainda incipiente, conforme é referido por Sagna (2001), podendo ser apontado a título de exemplo as estratégias estabelecidas no Senegal, enquanto fator de desenvolvimento social, com uma maior consistência na área educativa do que na da saúde, embora seja de destacar neste âmbito o investimento no desenvolvimento da telemedicina. Este aspeto tem sido alvo de especial atenção, destacando-se a intervenção do *NEPAD – Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique*⁶¹, no desenvolvimento de experiências de telemedicina e telesaúde⁶², particularmente no campo da ginecologia e obstetrícia (vigilância das gravidezes de risco), da neurocirurgia (traumatismos cranianos e epilepsia), da cardiologia (despistagem e vigilâncias das cardiopatias) e da oftalmologia (prevenção de doenças cegantes).

No entanto, considerando que a saúde é não só causa como consequência da pobreza, como tantas vezes se testemunha no continente africano, a utilização da tecnologia educativa no campo da saúde tem, gradualmente, demonstrado também aqui a sua capacidade de associar ações em diversos espaços das comunidades, ao nível de serviços, instituições, organizações sociais, sectores e territórios, conforme é referenciado por O'Shanahan (2006). Com efeito, os *media*, tendo por sustentáculo materiais educativos em saúde, de base tecnológica, adequadamente desenvolvidos e elaborados para estas intervenções, demonstram constituir-se como instrumentos que possibilitam englobar populações progressivamente maiores, com uma excelente relação entre o seu custo e a sua eficácia efetiva.

Na Europa a relação que se vai construindo entre a tecnologia educativa e a promoção da saúde representa um foco de desenvolvimento e expansão, conquistando progressivamente maior relevância ao nível das intervenções implementadas no âmbito da educação para a saúde. Estas perspetivas são desde há alguns anos, no Reino Unido, alvo de análise, pesquisa e reflexão contextualizada e comparativa, conforme podemos constatar pela associação efetuada por Yamazaki & Savage (1998), relativamente aos paralelismos quanto à utilização da tecnologia educativa nesta nação e no Canadá, atestando a sua integração como um elemento associado a áreas de desenvolvimento social, científico e tecnológico, de acordo

⁶¹ Novo Partenariado para o Desenvolvimento da África (tradução do autor).

⁶² *L'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de la santé en Afrique dans le cadre du NEPAD (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique) – Sous l'égide de la FISSA (Force d'Intervention Sanitaire Satellitaire Auto Portée)*. Acedido em 12 de Março de 2011 em <http://www.asmp.fr/travaux/gpw/nouvelteco/rapport.pdf>

com uma tendência que se estabelece a nível global, sob a influência do potencial de inovação que apresentam a nível social, económico e, até mesmo, político, contribuindo para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das populações.

Assumindo que as conceções enunciadas emergem como um campo de ação, por excelência, agregado à vertente da comunicação em saúde, Corcoran (2007) caracteriza o papel das TIC na saúde, identificando a promoção da saúde como uma das áreas onde a sua aplicação pode ser bem-sucedida. Esta utilização pode abarcar os diversos temas e mensagens de saúde, integrando uma gama diversificada de *media*, destacando-se dois domínios em que, particularmente as TIC podem ser empregues na promoção da saúde, a formação de profissionais de saúde para intervir neste âmbito e o reforço da mudança de comportamentos, para além de diversas áreas acessórias, que não podem ser menosprezadas (Figura n.º 17).

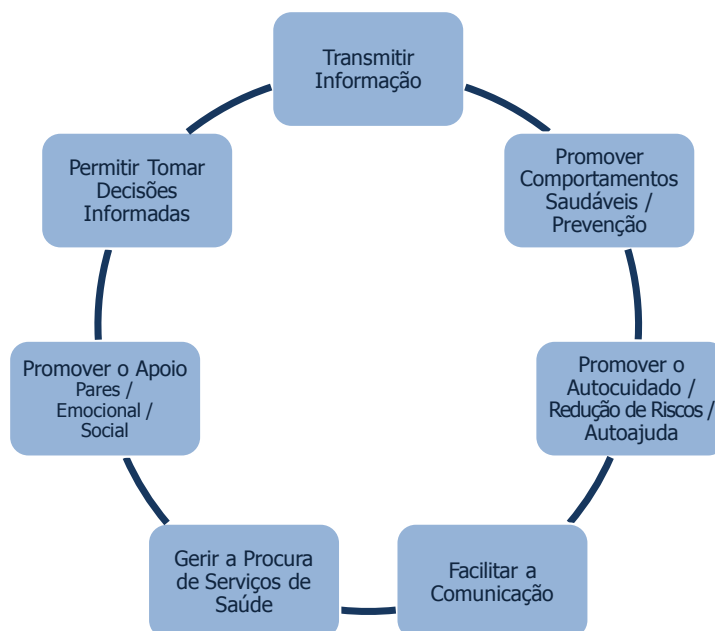


Figura n.º 17 – Áreas de aplicação das TIC na saúde (Fonte: adaptado de Corcoran, 2007, p. 97)

A afirmação decisiva da influência da tecnologia educativa na promoção da saúde estabelece-se como um facto inequívoco, reforçado pelos trabalhos desenvolvidos por Piper (2008) e Robinson & Robertson (2010), determinando a relevância dos atuais *media* enquanto instrumentos que permitem aos indivíduos aceder, obter e apropriar-se da informação em saúde que necessitam, de forma inovadora e interativa. Considerando a existência de algum distanciamento das populações relativamente aos serviços de saúde, nomeadamente no que se refere à prática de promoção da saúde e atividades preventivas, estes formatos de acesso

apelativo, através das TIC, podem representar uma forma de colmatar esta situação, sendo no entanto sempre pertinente refletir sobre as lacunas que subsistem, quanto à validade e qualidade da informação disponível, bem como a equidade relativamente ao acesso à mesma.

Em França os desenvolvimentos que se produzem, no contexto da inter-relação entre tecnologia, educação e saúde, influenciam e são influenciados pelas intervenções desenvolvidas neste campo de ação noutros países francófonos, não só da Europa, como a Bélgica ou a Suíça, mas também da América do Norte, como o Canadá, e de África, como o Senegal ou os Camarões. Esta conexão, com a subsequente transferência de conhecimentos e experiências, encontra-se bem patente ao se analisar o levantamento bibliográfico efetuado neste âmbito, pelo *Centre de Ressources du CRAES-CRIPS Aquitaine*⁶³ (2010), no qual são destacados diversos documentos produzidos em língua francesa sobre os *media* e a tecnologia, o seu impacto nos jovens, ao nível da educação e da saúde, bem como relativamente à aplicação destes recursos como ferramentas de aprendizagem.

A afirmação destes pressupostos é destacada por Kivits, Douiller & Giraudo (2008), na abordagem que efetuam ao Dossier “*Médias et santé: Développer l'esprit critique*”⁶⁴, salientando a necessidade emergente das atividades desenvolvidas ao nível da educação para a saúde deverem ultrapassar a mera transmissão de conhecimentos, fomentando também competências no âmbito da aquisição de informação. Compreendendo a influência dos *media* e das informações que são transmitidas por seu intermédio, projeta-se um campo de ação em que os próprios indivíduos se transformam em agentes de divulgação de experiências relativamente à saúde, criando e desenvolvendo uma abordagem personalizada relativamente aos problemas existentes, tendo por base os contextos reais em que os mesmos ocorrem.

A escola, enquanto campo privilegiado de ligação com a comunidade, é considerada um elo efetivo de ligação, entre a saúde e a educação, representando um importante espaço de socialização e de cidadania, devendo assumir a responsabilidade de promover e manter a adoção de comportamentos saudáveis, adequados ao contexto em que se insere (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2007). A real agregação destes conceitos representa a base de uma dinâmica de sucesso, pois se a educação contribui para a manutenção da saúde, esta fornece as condições necessárias para a aprendizagem, sendo pois pertinente a articulação da educação para a saúde com as atividades letivas, transmitindo mensagens e recomendações, pelos meios mais acessíveis, que contribuam para construir e transformar as representações relativas à

⁶³ Centro de Recursos do CRAES-CRIPS Aquitânia (tradução do autor).

⁶⁴ “*Media* e saúde: Ampliando o espírito crítico” (tradução do autor).

saúde, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis.

Espanha representa outro exemplo, relativamente ao intercâmbio estabelecido nesta área com outros países, nomeadamente os da América Latina, do qual resulta uma partilha com benefícios comuns, em termos de desenvolvimento de intervenções interligando os conceitos que vêm sendo explorados. Neste âmbito Lupiáñez-Villanueva (2009) desenvolve uma análise aprofundada, na qual identifica e caracteriza a presença dos atores do sistema de saúde da Catalunha (enquanto sistema social influenciado pelas mudanças sociais, culturais e tecnológicas quotidianas) na sociedade em rede, nomeadamente na Internet, permitindo reconhecer, distinguir e explicar os determinantes das utilizações e das práticas sociais que as populações, associações de utentes e técnicos de saúde realizam com recurso às TIC.

Constata-se a preocupação em responder aos novos desafios e necessidades da sociedade atual, através de intervenções inovadoras que envolvem a aplicação das TIC na educação para a saúde, tanto ao nível da escola como da comunidade, implicando o reconhecimento, no caso da escola, do facto das novas gerações cada vez acederem mais a aspetos educativos através da utilização das tecnologias audiovisuais e informáticas (Pérez, 2006). Ao nível da comunidade esta realidade também se verifica, sendo destacada por Belando & López (2003) a importância da aplicação dos recursos informáticos e telemáticos na educação para a saúde, enquanto poderosos canais de formação, interação pessoal e difusão da informação, por parte dos que têm responsabilidades de intervenção neste campo de ação, como educadores sociais.

À utilização das TIC na educação para a saúde é atribuído um potencial traduzido numa conceção de *educação em valores* (Parrilla, 2005), baseada na capacidade de construir de forma racional e autónoma princípios de valor que permitam estabelecer condutas e hábitos socialmente aceites, alicerçados numa prática formativa interativa que integre transversalmente áreas como a educação moral e cívica, para a paz, para a saúde, para a igualdade de oportunidades, ambiental, sexual e para o consumo. Confirma-se a relevância destas tecnologias para a educação, em geral, e para a educação para a saúde, em particular, enquanto fatores facilitadores da comunicação e do acesso à informação, em moldes inimagináveis há alguns anos atrás, como no caso da educação nutricional (Jáuregui, 2008), através da aplicação e orientação destes recursos para a aprendizagem, adequação e aceitação de hábitos alimentares saudáveis, com o fim de promover a saúde individual e comunitária.

2 – “E nós por cá...”: Edificação gradual de cenários de intervenção

No campo de acção da utilização das TIC, enquanto elementos estruturantes de carácter societal, Portugal tem vindo a acompanhar os múltiplos desenvolvimentos que se têm vindo a produzir, constatando-se uma progressiva e inequívoca introdução e consolidação da sua aplicação, de uma forma mais ou menos generalizada, com maior ou menor impacto nas práticas desenvolvidas, pela disponibilização de instrumentos teórico-metodológicos e de metodologias de análise das relações subsequentes (Correia, 1996). Este impacto tem-se também vindo a fazer sentir nas áreas da educação e da saúde, traduzido numa modificação gradual e acentuada das práticas profissionais dos atores que intervêm nestas áreas, verificando-se existir actualmente algumas experiências em que a interpenetração efectiva dos conceitos em estudo (tecnologia, educação e saúde) se vem concretizando, embora nalguns casos estas se encontrem ainda num estadio relativamente inicial.

Neste âmbito é essencial referir o Projecto SEI – “A Saúde na Era da Informação”, consubstanciado pela investigação desenvolvida por um grupo do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [CIES/ISCTE], coordenado por Cardoso & Espanha (2007)⁶⁵, com o apoio do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian. Este projecto de investigação baseou-se na análise de que modo e em que medida as TIC eram apropriadas no campo da saúde, quer por utentes quer por profissionais, visando contribuir para desocultar as mudanças sociais emergentes da integração destas tecnologias no sector da saúde.

A análise efectuada neste estudo (Cardoso, Espanha, Mendes & Cameira, 2007; Cardoso, Espanha & Puga, 2007; Espanha, Cardoso & Araújo, 2007; Espanha, Cardoso & Neto, 2007) concentra-se numa tríade de unidades de análise: as organizações e os seus modelos de gestão, os profissionais de saúde; as redes físicas e tecnológicas de informação e *software*, que se articulam numa perspectiva de organizações em rede, mais maleáveis e ajustáveis à mudança, através de profissionais que atribuem valor efectivo às TIC, enquanto

⁶⁵ Sítio da Internet do Projecto SEI – “A Saúde na Era da Informação”. Acedido em 12 de Março de 2011 em <http://sei.iscte.pt/sei.html>

instrumento de aquisição de informação sobre saúde, constituindo-se os constantes fluxos de informação como um incentivo à responsabilização dos indivíduos, família e comunidade pela sua saúde.

Num espaço quotidiano caracterizado pela existência de informação generalizada sobre saúde, a utilização das TIC constitui um elemento essencial para a promoção da autonomia individual na área da saúde, devendo o incentivo à sua utilização neste âmbito depender de factores como: o tipo de conteúdos disponibilizados; a qualidade e credibilidade dos conteúdos; a facilidade em utilizar e entender os conteúdos e os recursos disponíveis, sendo conferido aos profissionais e às instituições de saúde um papel basilar no desenvolvimento e estabelecimento da noção de *cidadão informado*. Da análise efectuada neste projecto emergem, ainda, um conjunto pertinente de questões, relativamente aos limites do que se pode facultar através desta articulação, às implicações para os profissionais de saúde e as implicações na oferta de serviços de saúde, podendo representar um acréscimo em termos de segmentação e de exclusão no seu acesso.

Também no CIES/ISCTE, com o apoio da Fundação Portugal Telecom, Cardoso, Espanha & Lapa (2007) desenvolvem um projecto de investigação que abarca a temática relativa à susceptibilidade dos jovens no que respeita a

“uma socialização entre várias realidades mediáticas, concorrentes ou complementares, e crescem entre uma multiplicidade de escolhas no que respeita às formas de comunicação, entretenimento e informação. Novas competências parecem estar a ser adquiridas intuitivamente pelos mais novos como a forma de explorar a interligação entre as várias realidades mediáticas e a forma de operar vários expedientes mediáticos simultaneamente.” (p. 25).

Este estudo abrange um campo de acção que ultrapassa as meras questões de literacia na utilização das TIC, englobando áreas relacionadas com a familiaridade, abrangência, práticas e saberes dos jovens na aplicação destas tecnologias, reconhecendo não só os tipos de experiência, de padrões sociais e de consumo dos *media*, de forma ampla e agregada, mas também o tipo de utilizadores. Constatase a reconfiguração dos laços familiares e sociais, nomeadamente ao nível da flexibilidade, autonomia e adaptabilidade, numa perspectiva de maior democratização que, normalmente, emerge da negociação entre os atores sociais, sendo estas modificações um resultado de uma alteração significativa, de carácter geracional, da relação contemporânea estabelecida com o sistema dos *media*.

Uma perspectiva também encontrada relaciona-se com a saúde individual e a forma como esta é gerida no quotidiano, face aos múltiplos recursos informacionais e comunicacionais existentes, tornando pertinente compreender a utilização da tecnologia

relativamente à saúde, bem como a forma como influencia as suas práticas e as suas representações (Espanha, 2008; 2009). No âmbito da comunicação em saúde, as TIC modeladas pelas necessidades dos indivíduos e pelos contextos sociais, são em simultâneo um elemento modelador dos comportamentos e das conceções relativamente às temáticas da esfera da saúde, pelo modo como a informação é disseminada e a comunicação é efectuada.

Estes pressupostos encontram-se patentes na divulgação que é efectuada na Internet relativamente à educação para a saúde, pela Direcção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular – Ministério da Educação⁶⁶, com um especial enfoque no âmbito da educação sexual em meio escolar, visando promover a melhoria dos relacionamentos afectivos entre os jovens, a redução das eventuais consequências dos comportamentos sexuais, como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis, e a tomada de decisões conscientes na área da educação para a saúde, ao nível da educação sexual. Neste sentido são apresentadas conexões úteis, no sentido de obter conhecimentos neste campo, mormente no que respeita a legislação, destaques, documentação, notícias e ligações a entidades de referência nesta área.

Constata-se a emergência de redes de cooperação, englobando conceções ligadas à tecnologia, educação e saúde, nomeadamente entre instituições de ensino superior e de ensino básico e secundário, como é o caso do projecto “As tecnologias ao serviço da promoção da saúde na escola... Para mais e melhor educação... Para um futuro melhor!” do Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais⁶⁷, aprovado e financiado pelo Ministério da Educação, visando a aplicação das TIC como instrumentos potenciadores da educação para a saúde, abrangendo a comunidade educativa e a esfera social de influência deste agrupamento. A operacionalização do projecto alicerça-se no desenvolvimento de parcerias, no âmbito tecnológico, educativo e da saúde, nomeadamente com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa – Departamento de Ciências Sociais Aplicadas e Laboratório de *e-Learning*.

O projecto “Tu decides”, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e o IREFREA Portugal (Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco e Factores de Protecção em Crianças e Adolescentes)⁶⁸, em colaboração com algumas escolas

⁶⁶ Sítio da Internet da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Acedido em 23 de Março de 2011 em <http://www.dgic.min-edu.pt/Paginas/default.aspx>

⁶⁷ Sítio da Internet de “O Jornal do Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais”. Acedido em 15 de Março de 2011 em <http://olivanet.blogspot.com/2011/02/as-tecnologias-ao-servico-da-promocao.html>

⁶⁸ Sítio da Internet da Universia – Rede de Universidades, Rede de Oportunidades. Acedido em 15 de Março de 2011 em <http://noticias.universia.pt/destaque/noticia/2011/02/02/786118/escola-superior-enfermagem-coimbra-apoia-escolas-na-educacao-saude.html>

básicas e secundárias do concelho de Coimbra, designadamente o Agrupamento de Escolas Eugénio de Castro, o Agrupamento de Escolas da Pedrulha, a Escola Secundária José Falcão, a Escola Secundária D. Duarte, a Escola Secundária D. Dinis e o Colégio Rainha Santa Isabel, representa um outro exemplo de intervenção na área em estudo. O principal intuito da parceria estabelecida centra-se no desenvolvimento e legitimação de tecnologias de cariz educativo que possibilitem ampliar a literacia em saúde e expandir as competências pessoais e sociais de empoderamento, a nível individual e colectivo, nas comunidades educativas.

Igualmente ao nível da aplicação da tecnologia educativa na promoção da saúde, através da interacção entre instituições de ensino superior e a comunidade em que se inserem, enuncia-se a actividade desenvolvida pela Escola Superior de Saúde de Portalegre – Gabinete de Produção de Materiais Pedagógicos (Arco & Arriaga, 2010), ao nível da conceção e realização de recursos formativos de base tecnológica, destinados a actividades de promoção da saúde, numa prática integrada no plano curricular do Curso Superior de Enfermagem, leccionado na escola. Em resultado desta actividade foram desenvolvidos materiais formativos que abordam temáticas diversas como a alimentação saudável, os comportamentos de risco, os comportamentos aditivos, a prevenção rodoviária, a prevenção de acidentes na infância, a violência conjugal, entre outras, com um amplo leque de abrangência em termos de público-alvo, ao nível dos vários estadios do ciclo de vida, da criança ao idoso.

3 – Abrindo espaço às interações estruturais: Capital social e saúde

A reflexão que se vem efetuando permite estabelecer a existência efetiva de um enlace entre a tecnologia, a educação e a saúde, do qual emergem dimensões contextuais mais ou menos profundas e relevantes, abrindo um espaço de reflexão, (re)conceptualização e estudo relativamente às estratégias formativas e, de forma global, às novas formas de comunicação associadas à transmissão de informação sobre saúde (Rodríguez, 2007). A importância actualmente atribuída ao empoderamento individual e comunitário encontra nos actuais avanços tecnológicos um elemento catalisador fomentando, por exemplo, grupos de discussão em torno de temáticas de interesse comum, fruto das facilidades oferecidas pela dimensão global dos recursos comunicativos quotidianos, estabelecendo novas áreas de intervenção formativa, fruto da utilização e reutilização educativa destes recursos tecnológicos, cujo valor ao nível das comunidades educativas importa compreender.

Os constructos enunciados permitem exponenciar a conceção de capital social e saúde (Kawachi, Subramanian & Kim, 2008b), configurada como uma perspetiva que permite agregar os elementos fundamentais enunciados neste estudo, designadamente tecnologia, educação e saúde, sendo esta uma noção que emerge do conceito contemporâneo de capital social⁶⁹, configurado por Bordieu (1986) e Coleman (1988). Bourdieu interpreta o conceito de capital social tendo por base a associação dos recursos reais ou potenciais que estão relacionados com a existência de uma estrutura relacional duradoura, cujo carácter tem uma disposição mais ou menos institucionalizada, em termos da reciprocidade do conhecimento ou reconhecimento que se lhe encontra associado, sendo esta conceção caracterizada por Coleman como um processo que contempla diferentes entidades com dois elementos em

⁶⁹ A perspetiva de que o envolvimento e a participação dos indivíduos em grupos normalmente se traduz em resultados positivos, tanto para o(s) indivíduo(s) como para a própria comunidade, representa uma conceção usual, já enfatizada por Émile Durkheim quanto ao facto da vida em grupo constituir uma forma de evitar a falta de objetivos ou a perda da identidade, muitas vezes associada a fenómenos de autodestruição. Também Karl Marx já efetuava uma distinção clara entre o conceito de classe-em-si, associado à fragmentação social ou à individualização, e o de classe-para-si, associado à efetiva mobilização social, constituindo estas noções elementos que permitem considerar que o conceito contemporâneo de capital social emerge da recaptura das ideias já anteriormente expressas por estes autores (Portes, 1998).

comum: integram uma mesma estrutura social e promovem determinadas ações dos atores nessa estrutura, seja a título individual ou corporativo (Aquino, 2000).

Assumindo desde logo a existência de diferenças nas perspetivas apresentadas por estes autores, contempla-se como componente unificadora do conceito que estabelecem a conceção de que o capital social emerge de elementos presentes na estrutura das relações sociais, que assumem enquanto atores sociais, de cunho manifestamente distinto das que são assumidas nos domínios associados ao capital económico, cultural ou simbólico⁷⁰, bem como ao capital físico ou humano⁷¹. Enunciando a importância do envolvimento e participação cívica, associativa e comunitária dos atores sociais, Putnam (1995) relaciona o conceito de capital social com as próprias características intrínsecas da organização social, como as redes formadas, as regras estabelecidas e a confiança que é desenvolvida, enquanto aspetos que promovem a ação coordenada e a cooperação com vista ao benefício mútuo, fazendo uma analogia com as noções de capital físico e humano, que associa aos instrumentos e aprendizagens que reforçam os benefícios de índole individual (Portes, 1998).

Pode-se considerar que a premissa basilar à noção de capital social é consideravelmente simples e objetiva, o investimento nas relações sociais com retornos de acordo com as expectativas dos atores intervenientes, tendo como elementos base a facilitação do fluxo de *informação*, a *influência* que os laços sociais podem exercer nos agentes com um papel decisor relativamente aos atores, as *credenciais sociais* do indivíduo que refletem a sua acessibilidade a recursos por intermédio das redes sociais e das relações (o seu capital social), os *reforços* essenciais para a manutenção da saúde física e mental e para o reconhecimento público do seu direito aos recursos disponíveis, para além do *controle* que reflete a localização na rede ou a sua posição hierárquica permitindo a definição do seu próprio capital social. Estes elementos permitem aclarar o papel do capital social em ações não integradas em formas de capital individual, como o capital económico ou o capital humano.

⁷⁰ Tendo em consideração elementos como o contexto, a mudança, o propósito e a eficácia, que lhe podem ser associados, o capital pode apresentar diferentes formas, *capital económico*, transformável em dinheiro e passível de ser institucionalizado na forma de direitos de propriedade, *capital cultural*, passível de ser transformado em capital económico e de institucionalização na forma de qualificação educativa, *capital social*, correspondente às relações sociais sendo passível de ser transformado em capital económico e institucionalizado de modo simbólico, e *capital simbólico*, passível de ser englobado nas diferentes formas de capital e representado ou apreendido emblematicamente em reconhecimento do prestígio social inerentes às mesmas (Bourdieu, 1986).

⁷¹ O *capital físico* representa toda e qualquer representação claramente evidente, incorporada numa forma observável, o *capital humano* representa uma representação menos palpável, encontrando-se integrado nas capacitações e conhecimentos obtidos por cada indivíduo, o *capital social* constitui uma representação ainda menos tangível, uma vez que se baseia nas relações estabelecidas entre os indivíduos. O reconhecimento de que o capital é inerente não só aos recursos físicos e humanos, mas também às relações sociais que se estabelecem entre os indivíduos representa a base conceptual da noção de *capital social* (Coleman, 1988; 1994).

Emerge neste âmbito a teoria da rede de capital social (Lin, 1999; 2001), na qual o conceito é definido em termos dos recursos (como são exemplo o apoio social, as fontes de informação ou as credenciais sociais) que são incorporados numa estrutura social e acedidos ou convocados em ações de cunho intencional, sendo conceptualizado simultaneamente como um atributo individual e como propriedade coletiva (rede social). Conforme se pode constatar nesta perspetiva, a noção de capital social engloba três elementos essenciais, os recursos integrados numa estrutura social (incorporação), a oportunidade dos indivíduos utilizarem esses recursos (acessibilidade) e a aplicação ou mobilização dos recursos sociais pelos indivíduos em ações premeditadas (utilização), obtendo resultados ao nível da ação instrumental, adotada para obter recursos não detidos pelo ator, e da ação expressiva, adotada para manter os recursos possuídos pelo ator (Figura n.º 18).

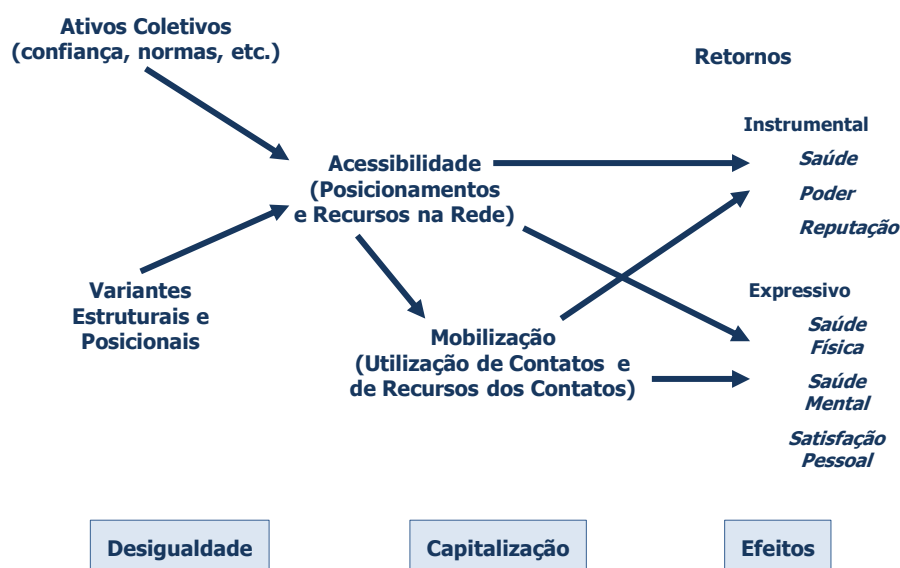


Figura n.º 18 – Teoria da rede de capital social (Fonte: adaptado de Lin, 1999, p. 41)

Contemplando este modelo teórico e a interconexão entre os seus componentes, a forma como os elementos estruturais e posicionais na rede afetam as oportunidades de construção e manutenção de capital social encontra-se relacionada com as desigualdades associadas ao seu desenvolvimento, representando padrões diferenciais quanto à incorporação, acesso ou mobilização dos recursos sociais disponíveis, enquanto ativos de carácter coletivo. O processo de capitalização relaciona dois elementos fundamentais, o acesso e a utilização do capital social, ou seja a forma como este é mobilizado, sendo enfatizada a

sequência causal que aglutina os recursos incorporados e as opções e ações individuais tomadas. Os efeitos representam o modo pelo qual o capital social se traduz em retornos ou ganhos para o indivíduo, tendo um impacto direto ou indireto na vida quotidiana ao nível do seu capital económico, político e social (recursos) ou do seu bem-estar físico, mental e pessoal, estando estes últimos aspetos diretamente ligados a benefícios para a saúde⁷².

A inter-relação estabelecida entre o capital social e a saúde tem vindo a ser extensivamente abordada nos últimos anos, nomeadamente no que se refere aos níveis de confiança interpessoal, à existência de permutas recíprocas entre os indivíduos e à participação em organizações cívicas, emergindo a perspetiva de que o capital social individual se encontra relacionado a um conjunto de proveitos em saúde, que abarcam a autoavaliação da saúde física, a saúde mental e os comportamentos em saúde (Fujiwara & Kawachi, 2008). Configura-se a existência três áreas distintas nas quais o capital social poderá melhorar a saúde individual, nomeadamente através da promoção de hábitos e de comportamentos saudáveis, aumentando o acesso aos serviços locais de saúde e fomentando o desenvolvimento de processos psicossociais, como o acesso ao apoio psicológico, elementos que realçam os benefícios que advêm para as políticas de promoção de saúde da implementação de intervenções sustentadas que fomentem na comunidade a confiança social.

A análise efetuada por Welsh & Berry (2009), com base em estudos científicos desenvolvidos na última década, aponta para uma crescente evidência que sugere a associação do capital social a um amplo espetro de proveitos sociais, económicos e de saúde, neste caso tanto no que respeita a doenças específicas, como as cardiovasculares, a obesidade ou a diabetes, como em relação às taxas de suicídio e de mortalidade, em geral. Sendo possível efetuar a concetualização da noção de capital social com base em diferentes perspetivas, esta engloba normalmente dois elementos essenciais, ou seja *o que os indivíduos fazem* e *o que os indivíduos sentem*, ou seja componentes de carácter estrutural e cognitivo⁷³ cuja associação e coesão são fundamentais, por se constatar que são basilares ao facto do aumento da participação da comunidade estar relacionada com maiores níveis de coesão social, bem como ao impacto da combinação destes aspetos contribuir para a criação de capital social que, por

⁷² Perante o exponencial desenvolvimento da tecnologia e a onnipresença de interesses comerciais, as redes informáticas levam à fusão de elementos sócio-económico-tecnológicos nas relações sociais e no capital social, emergindo uma associação ao nível dos capitais económico e social que implica refletir sobre as questões relacionadas com o acesso e utilização do capital social (Lin, 1999; 2001).

⁷³ O capital social estrutural descreve as relações, redes, associações e instituições que interligam pessoas e grupos. O capital social cognitivo é constituído por valores, normas, reciprocidade, altruísmo e responsabilidade cívica, sendo por vezes apelidado de recurso moral coletivo (McKenzie & Harpham, 2006).

sua vez, sustenta as vantagens que podem ser obtidas ao nível da saúde.

Como forma de explicitação prática dos constructos enunciados, pode-se evidenciar a interconexão entre capital social e promoção da saúde, que vem atualmente decorrendo na América Latina, tanto ao nível do meio rural como urbano, em que se verifica que apesar da adoção de comportamentos e estilos de vida distintos, entre populações de áreas diferentes, existe um denominador comum caracterizado pela melhoria da qualidade de vida através da ação humana, aspeto diretamente vinculado com a construção e promoção da saúde (Sapag & Kawachi, 2007; Silva *et al.*, 2011; Souza & Grundy, 2004). Neste sentido realça-se a importância da mobilização social, como forma de garantir os recursos necessários para proporcionar melhores condições de existência, a par do desenvolvimento de estratégias que visem a promoção de comportamentos saudáveis conectados ao capital social, com o intuito de facultar as condições que possibilitem educar os indivíduos quanto aos benefícios proporcionados pelo incremento nas suas condições de existência (Figura n.º 19).

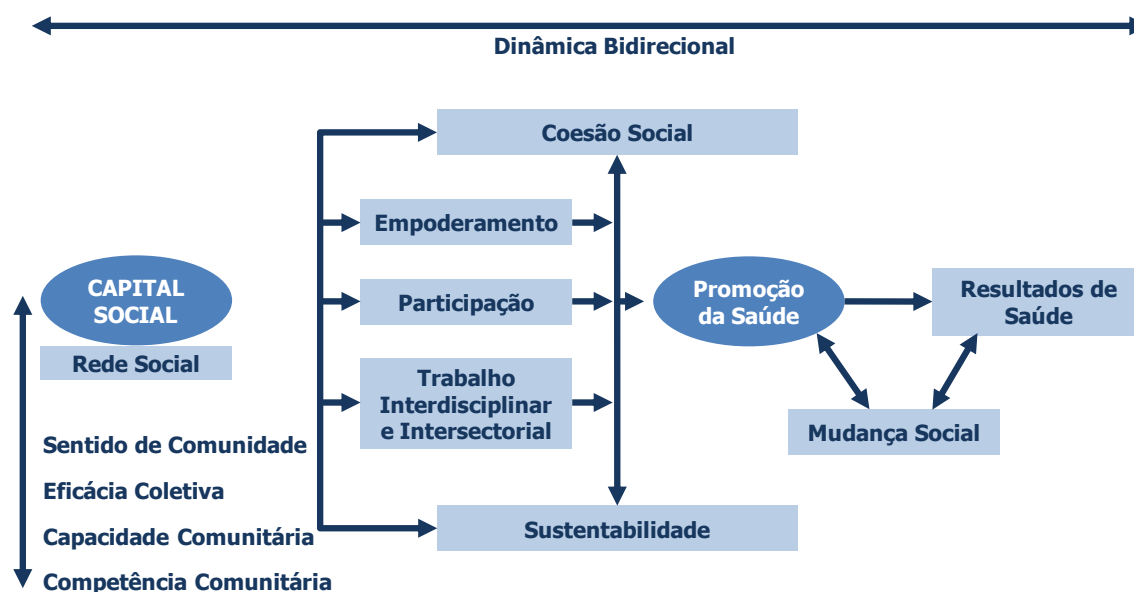


Figura n.º 19 – Capital social e promoção da saúde (Fonte: adaptado de Sapag & Kawachi, 2007, p. 144)

Entre outros exemplos que poderiam ser indicados considera-se o da América Latina como expressivamente representativo, neste âmbito, pelo facto de se encontrar neste contexto um conjunto de problemáticas associadas ao desenvolvimento no domínio social e da saúde, que facilmente podem ser transpostos para outros contextos sociais, contemplando-se o imperativo de fomentar a equidade e debelar as condições de pobreza como elementos fulcrais

para uma vida saudável. O desenvolvimento comunitário e a promoção da saúde representam elementos prioritários, a par da mediação e do fortalecimento do capital social, enquanto fator crítico numa estratégia global em que o empoderamento, a participação ativa e a ação interdisciplinar e intersectorial, constituem aspetos essenciais para a consolidação das políticas de saúde pública e a concretização de mudanças sociais sustentadas e sustentáveis.

Desta forma, partindo da noção que o conceito de capital social contempla as redes sociais, as suas reciprocidades e o potencial com vista a alcançar objetivos mútuos que delas emerge, quando assumido como uma característica individual pode largamente contribuir para a promoção da saúde, adicionando novos conhecimentos relativamente à forma como se poderão desenvolver intervenções mais eficazes ao nível da rede social, visando responder às reais necessidades do público-alvo. Já se for concetualizado como algo que caracteriza a própria comunidade, poderá contribuir para o seu desenvolvimento ao nível da promoção da saúde, facultando uma estrutura útil e um alicerce para a construção de espaços de apoio à saúde e da forma como obtê-lo, constituindo a delimitação e mobilização do capital social nas comunidades locais uma forma de fomentar a ação comunitária, o que em suma representa um evidente impulso nos processos que influenciam as interações humanas, a cooperação e a ação comunitária para a promoção da saúde nos mais variados contextos (Eriksson, 2011).

Admitindo-se que possam ser apontadas, atualmente, algumas ambiguidades de carácter metodológico e concetual relativamente ao conceito de capital social, isoladamente, e a sua interpelação com a saúde, nomeadamente a nível comunitário, a possibilidade de exploração empírica aprofundada das perspetivas e noções subjacentes a áreas de interesse emergentes, como é o caso do conceito de capital social e saúde, constitui um dos principais pontos fortes da pesquisa de natureza qualitativa (Whitley, 2008). Efetivamente, as estruturas teóricas e as definições pré-existentes não são elementos aprioristicamente impostos na pesquisa qualitativa, surgindo normalmente a partir dos dados (des)enraizados e (des)construídos tendo por base a experiência dos atores sociais no terreno, podendo os resultados da pesquisa efetuada ser concetualizados como uma coprodução do investigador e dos participantes no estudo, em que o investigador compara e contrasta as experiências dos participantes com as construções teóricas existentes relativamente à temática em questão.

Capítulo 4

Descobrimo a realidade e o contexto: Apresentação e interpretação dos resultados

*"He who has health has hope and he who has hope
has everything."⁷⁴*

(Provérbio árabe)

⁷⁴ "Quem tem saúde tem esperança e quem tem esperança tem tudo." (tradução do autor).

1 – Dos agentes à população-alvo da saúde escolar: Caracterização dos atores em estudo

A saúde escolar, conforme foi enunciando anteriormente, constituindo um elemento de fundamental importância, ao nível da promoção da saúde dos alunos que frequentam os diferentes níveis de ensino, configura-se igualmente na conjuntura socioeducativa atual como uma estrutura essencial, que poderá contribuir de forma determinante para o empoderamento em saúde de toda a comunidade escolar, influenciando consequentemente o próprio contexto familiar, social e comunitário em que estes jovens se inserem.

Resultando da coligação das competências e dos espectros de intervenção estabelecidos para os profissionais tanto da área da saúde como da educação (King & Eckstein, 2006; Wold, 2005) visa, em primeira instância, alcançar um público concreto com características específicas, os alunos, elementos centrais neste processo em que, fruto das constantes evoluções que se vêm verificando nesta área, a tecnologia educativa poderá ter um papel determinante, enquanto elemento facilitador de transmissão e interiorização das mensagens, que induzam a alteração de comportamentos menos saudáveis.

Poder-se-á então afirmar que os atores centrais deste processo compõem uma tríade, que deverá interagir de forma dinâmica e complementar, sendo composta pelos técnicos de saúde que integram a ESE, geralmente afeta às UCC, enquanto estruturas responsáveis neste âmbito pela operacionalização da saúde escolar (MS, 2008), pelos DCEpS dos agrupamentos / escolas, enquanto elementos responsáveis pelo “desenvolvimento de projectos e ou actividades no âmbito da educação para a saúde” (ME, 2007, p. 4427), e pelos alunos, elementos-chave do processo enquanto principais destinatários destas intervenções.

Perante estes pressupostos não se configura a possibilidade de efetuar qualquer pesquisa no âmbito da saúde escolar sem envolver estes elementos, impreterivelmente contemplados como atores centrais de um contexto que abarca todo o conjunto de interações que estabelecem entre si, as dinâmicas individuais e coletivas que regem as diferentes ações desenvolvidas nesta área, bem como as estratégias e os objetivos institucionais estabelecidos, tendo em conta as áreas de intervenção determinadas.

Considerando os aspetos metodológicos já apresentados, relativamente à delimitação

e caracterização do terreno em que decorreu a pesquisa, elementos fundamentais para possibilitar uma adequada definição dos procedimentos de amostragem efetuados, torna-se agora igualmente essencial proceder a uma adequada caracterização dos diferentes atores em estudo, enquanto elementos integrantes dos três conjuntos já enunciados, permitindo conhecer os seus principais atributos e particularidades, aspetos determinantes para uma adequada interpretação dos dados obtidos (Fortin *et al.*, 2006/2009).

1.1 – Agentes da área da saúde: Equipas de saúde escolar

Tendo por base os pressupostos enunciados anteriormente relativamente ao terreno de pesquisa, em geral, e à definição da amostragem, em particular, mormente no que se refere à seleção das ESE a integrar neste estudo, enquanto elementos de carácter nuclear nos procedimentos de pesquisa estipulados, foram selecionadas seis UCC, mais concretamente três de cada um dos ACES que se encontravam constituídos na ULS, no período em que se procedeu à recolha dos dados.

Nesta ULS a responsabilidade efetiva pela operacionalização da saúde escolar encontra-se atribuída, em conformidade com o que se encontra legislado pela entidade tutelar competente para este efeito, às equipas afetas a cada uma das UCC, implicando que estas assumam a responsabilidade pelas intervenções desenvolvidas neste âmbito ao nível da comunidade educativa, onde destacamos a área da educação para a saúde, englobando os agrupamentos e escolas integrados no campo geográfico de ação atribuído a cada uma destas unidades, incorporando a sua ação no âmbito das competências que se encontram atribuídas ao Serviço Nacional de Saúde (MS, 2008).

Nas entrevistas de grupo efetuadas às ESE, incorporadas nas diferentes UCC, em nenhum dos casos foi possível ter presente a totalidade dos técnicos de saúde que as constituíam, uma vez que existia a necessidade de assegurar a manutenção da prestação de cuidados e do apoio aos utentes dos serviços de saúde, tanto a nível domiciliário como comunitário, facto perfeitamente compreensível tendo em consideração que todas as entrevistas decorrerem, por opção dos responsáveis das equipas, durante o período laboral (Notas de Campo), o que resultou na participação nas entrevistas de três a quatro elementos afetos a cada equipa, tendo no total participado na recolha de dados vinte técnicos de saúde.

No que concerne à caracterização efetiva desde grupo, no que se refere à idade constatou-se uma amplitude de 34 anos, entre os 24 anos e os 58 anos, sendo a média das

idades da totalidade dos elementos que compõem estas equipas pouco superior a 38 anos⁷⁵. Verifica-se, no entanto, que 12 dos técnicos de saúde têm idade inferior a 40 anos e que apenas 2 têm idade superior a 50 anos o que, não se podendo nem pretendendo generalizar tendo em conta a reduzida dimensão da amostra, parece indicar uma tendência para a integração neste âmbito de atuação de elementos mais jovens, facto que se poderá explicar pela necessidade de procederem a constantes deslocações fora dos Centros de Saúde, para o desenvolvimento de intervenções no seio da comunidade.

Relativamente ao género, constata-se uma clara predominância nestas ESE de elementos do sexo feminino, 17, face a apenas 3 elementos do sexo masculino. Se considerarmos que 15 dos técnicos de saúde entrevistados eram enfermeiros (Gráfico n.º 1), uma clara maioria, esta situação poderá ser explicada pelo facto de esta profissão continuar a ser predominantemente feminina, pois os dados facultados pela Ordem dos Enfermeiros (2012) indicam que, relativamente ao número de membros ativos em 31 de dezembro de 2011, a nível nacional 81,3% são do sexo feminino, embora este valor seja um pouco menor na área geográfica em que a ULS se encontra implantada, com 73,7% de membros ativos do sexo feminino, número ainda assim com um carácter notoriamente significativo.

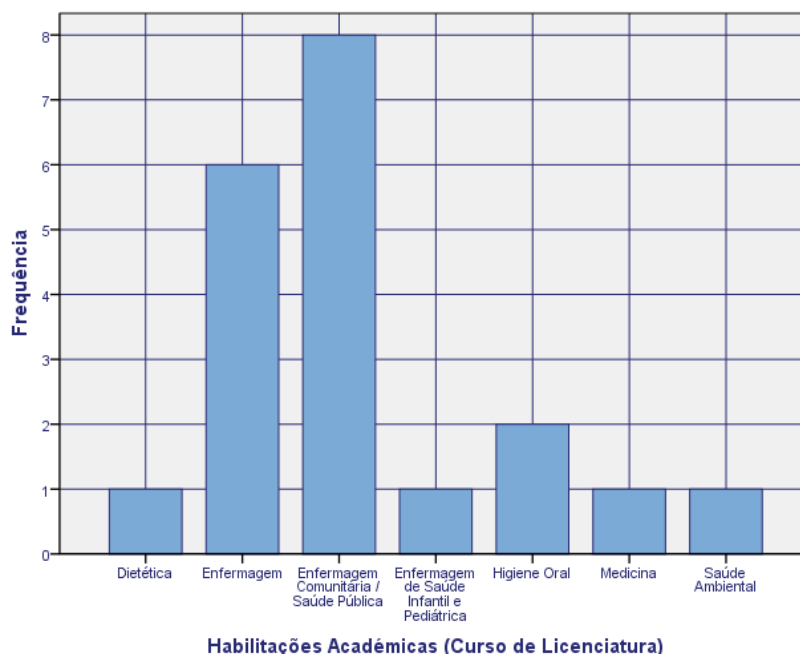


Gráfico n.º 1 – Distribuição dos técnicos de saúde por área de licenciatura (SPSS Versão 17.0)

⁷⁵ Relativamente à Idade (em anos) dos elementos das ESE foram apurados os seguintes valores – Média: 38,2 / Mediana: 39 / Moda: 39 / Desvio padrão: 9,816.

Ainda com base no Gráfico anterior pode-se constatar que, apesar de todos técnicos de saúde entrevistados terem como habilitação académica o grau de licenciado, existem áreas de formação diversas, com predomínio, como foi referido, de uma delas, verificando-se que 15 são licenciados em Enfermagem, dos quais 8 na vertente Comunitária / Saúde Pública⁷⁶ e 1 na de Saúde Infantil e Pediátrica. A predominância de licenciados em Enfermagem nas ESE reflete diretamente o facto de, na ULS, as equipas das UCC, principais responsáveis por esta área de intervenção, serem essencialmente formadas por enfermeiros (Notas de Campo).

Os restantes técnicos de saúde das ESE encontram-se integrados nos ACES onde as UCC se englobam, pertencendo a outras unidades que facultam apoio neste âmbito às diferentes UCC de cada ACES, nomeadamente à URAP, no caso dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e à USP, no caso do assistente graduado de saúde pública (licenciado em medicina). A situação descrita anteriormente reflete-se, também, na análise das categorias profissionais dos participantes no estudo, nomeadamente 9 enfermeiros, 3 enfermeiros chefe e 3 enfermeiros com título de especialista, destacando também que 4 dos restantes profissionais detêm a categoria de técnico de 2.ª classe de diagnóstico e terapêutica⁷⁷ (Gráfico n.º 2).

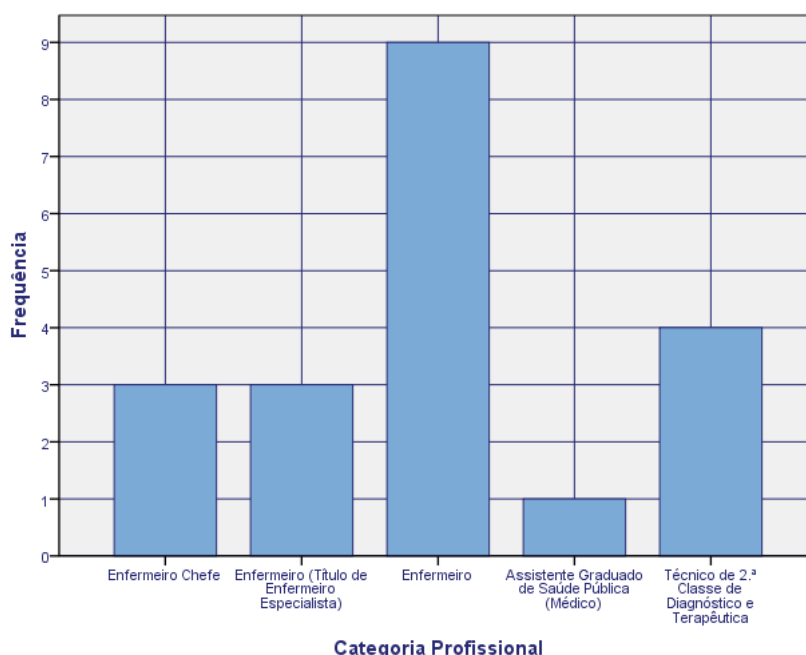


Gráfico n.º 2 – Distribuição dos técnicos de saúde por categoria profissional (SPSS Versão 17.0)

⁷⁶ Sendo 7 dos entrevistados licenciados em Enfermagem Comunitária e 1 em Enfermagem de Saúde Pública optou-se para efeitos de análise pela sua integração num único grupo, pelo facto da Ordem dos Enfermeiros (2012) integrar os detentores de formação nestas áreas como Especialista em Enfermagem na Comunidade.

⁷⁷ Os 4 técnicos de diagnóstico e terapêutica que participaram neste estudo apesar de, neste contexto, partilharem a mesma categoria profissional, têm áreas de formação e atuação diversas, nomeadamente a dietética, a higiene oral e a saúde ambiental, conforme se evidencia no Gráfico n.º 1.

Finalmente, no que respeita ao tempo de serviço, verifica-se que o elemento das ESE com menor período de exercício de funções na área da saúde desenvolve atividade profissional há apenas 1 ano e o elemento com maior tempo de serviço exerce estas funções há 31 anos, constatando-se neste caso uma amplitude de 30 anos, que se pode considerar de alguma forma consentânea com a já verificada relativamente à idade, sendo a média de tempo de serviço apurada um pouco inferior a 15 anos e meio⁷⁸. Contata-se ainda que 13 dos técnicos de saúde têm menos de 20 anos de tempo de serviço e que apenas 1 tem mais que 30 anos de tempo de serviço, elementos que poderão de alguma forma corroborar as asserções já estabelecidas relativamente à idade destes entrevistados.

1.2 – Agentes da área educativa: Docentes coordenadores da educação para a saúde

Novamente contemplando os aspetos estabelecidos quanto ao procedimento que conduziu à definição da amostra, no caso concreto da seleção dos DCEpS dos agrupamentos / escolas, foi solicitado às ESE de cada UCC, tendo em consideração as instituições educativas que lecionassem o 3.º ciclo de ensino básico nas quais desenvolviam atividade neste âmbito, a identificação de um docente que exercesse a função de coordenador da educação para a saúde num agrupamento de escolas ou escola, com vista à sua integração neste estudo.

A designação dos DCEpS para o exercício deste cargo, nos agrupamentos / escolas onde se encontravam integrados, tinha sido em todos os casos efetuada pelos respetivos Conselhos Executivos, em conformidade com o determinado pelo ME (2007), embora nem sempre esta nomeação tivesse por base os pressupostos relacionados com a formação e a experiência do docente relativamente à implementação de ações no âmbito da educação para a saúde, mas sim o facto de terem défice de horário letivo, que seria colmatado com a possibilidade prevista de redução de até três horas na respetiva componente letiva.

Relativamente à caracterização deste grupo de docentes, constituído por seis elementos, no que concerne à idade, verificou-se que varia entre os 33 e os 58 anos, sendo a média das idades destes docentes de 41 anos. No que se refere ao género, é claramente evidente neste grupo o predomínio de docentes do sexo feminino, 5, perante apenas 1 docente do sexo masculino.

⁷⁸ Relativamente ao Tempo de serviço (em anos) dos elementos das ESE foram apurados os seguintes valores – Média: 15,4 / Mediana: 17 / Moda: 18 / Desvio padrão: 9,320.

No que respeita à habilitação académica constata-se que 3 dos docentes detêm o grau de licenciado, 2 de mestre e 1 de bacharel, englobando-se a formação de base de todos os entrevistados na área das ciências naturais⁷⁹, aspeto de carácter congregante que se pode destacar neste grupo, não se vislumbrando no entanto uma tendência que possibilite associar a habilitação académica ao exercício de funções como coordenadores da educação para a saúde.

Quanto à categoria profissional, verifica-se que 3 dos docentes são professores do quadro de escola, 2 são professores do quadro de zona pedagógica e 1 é professor profissionalizado contratado, facto que, apesar de não se pretender efetuar qualquer generalização, pela reduzida dimensão da amostra, parece não permitir oferecer uma evidente garantia de continuidade ao nível dos projetos a desenvolver pelos docentes nos agrupamentos / escolas em conjunto com as ESE das UCC, uma vez que apenas a metade dos entrevistados se poderá associar uma maior estabilidade laboral, em termos de permanência nas respetivas instituições educativas, nomeadamente os professores do quadro de escola.

Concluindo a caracterização deste grupo, constata-se que o elemento com menos tempo de exercício de funções docentes desenvolve atividade profissional há 6 anos e o elemento com maior tempo de exercício profissional nesta área exerce funções há 33 anos, verificando-se aqui uma variação de 27 anos, quase idêntica à apurada relativamente à idade, na ordem dos 25 anos, sendo a média de tempo de serviço próxima dos 17 anos⁸⁰.

1.3 – População-alvo das ações: Alunos do 9.º ano de escolaridade

Considerando, mais uma vez, toda a sequência de procedimentos que foram efetuados no sentido de estabelecer a amostra, neste caso em particular no que respeita à seleção dos alunos para participação nesta pesquisa, tendo em atenção a população em estudo e os pressupostos metodológicos enunciados, foi solicitado a cada um dos DCEpS a indicação de duas turmas do 9.º ano de escolaridade, dos agrupamentos / escolas em que exerciam funções, nas quais seriam recolhidos dados através da aplicação de um questionário.

Obtida a autorização da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, legalmente exigida pelo ME, para a realização deste tipo de recolha de dados, procedeu-se à aplicação dos questionários em seis escolas, num total de 196 alunos das turmas previamente

⁷⁹ Biologia / Matemática e Ciências / Ciências Agropecuárias (Notas de Campo).

⁸⁰ Relativamente ao Tempo de serviço (em anos) dos DCEpS nos agrupamentos / escolas foi apurado o valor de Média: 16,8 (considerando a reduzida dimensão da amostra não foram calculados outras medidas de tendência central ou dispersão, tanto no que respeita à idade como ao tempo de serviço, para além da média).

designadas, processo que ocorreu em 2 Escolas Básicas Integradas com Jardim de Infância, 2 Escolas Básicas do 2.º e 3.º Ciclos e 2 Escolas Secundárias com 3.º Ciclo do Ensino Básico, sendo estas escolas aquelas em que os DCEpS, sugeridos pelas ESE, exerciam a sua atividade.

Procedendo à caracterização dos alunos que participaram no estudo, verifica-se que 44,9% pertencem a apenas 2 escolas, respetivamente da Escola A5, 23,5%, e B2, 21,4%, enquanto os restantes 50,1% às outras 4 escolas, onde a percentagem de alunos varia entre 14,8% e 12,2% (Gráfico n.º 3). Este facto prende-se essencialmente com a tipologia das escolas e com o seu local de implementação, pois tanto a Escola A5 como a Escola B2 são Escolas Secundárias com 3.º Ciclo do Ensino Básico, inseridas geograficamente em áreas / localidades de maior densidade populacional, constatando-se existir nestas situações um maior número de alunos por turma, em comparação com as outras escolas inseridas em áreas / localidades de menor densidade populacional, havendo mesmo casos em que as escolas tinham somente duas turmas a frequentar o 9.º ano de escolaridade (Notas de Campo).

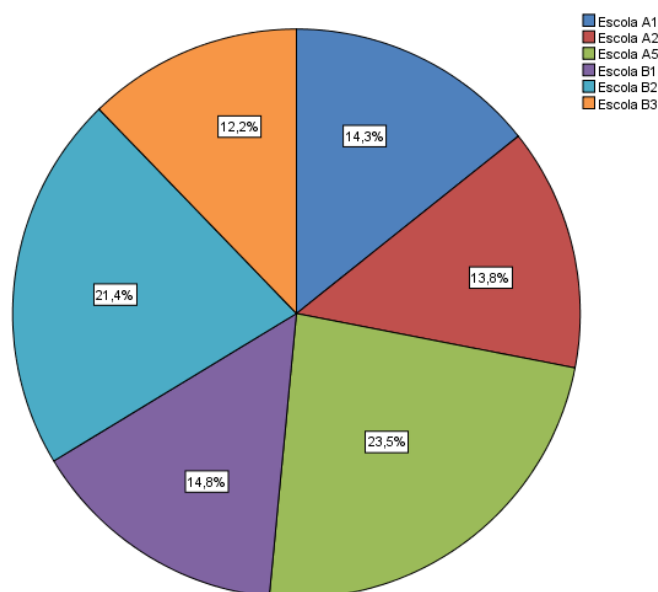


Gráfico n.º 3 – Distribuição dos alunos do 9.º ano por escola (SPSS Versão 17.0)

Relativamente à idade verificou-se neste grupo uma amplitude relativamente reduzida, de 3 anos, entre os 14 anos e os 17 anos, sendo a média das idades dos alunos que responderam ao questionário ligeiramente inferior a 15 anos⁸¹. Consideram-se estes valores

⁸¹ Relativamente à Idade (em anos) dos alunos do 9.º ano de escolaridade foram apurados os seguintes valores – Média: 14,8 / Mediana: 15 / Moda: 14 / Desvio padrão: 0,815.

normais, relativamente ao estadió do ciclo de estudos em questão (Gráfico n.º 4), uma vez que a idade mínima com que, em regra, os alunos iniciam o 9.º ano de escolaridade é de 14 anos, sendo portanto natural que 82,7% dos alunos deste grupo tenham idades compreendidas entre os 14 anos (42,9%) e os 15 anos (39,8%).

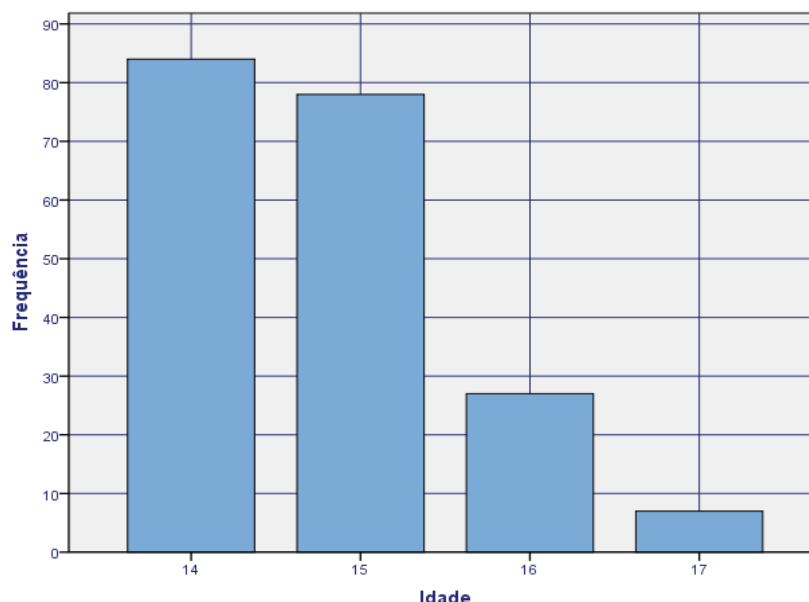


Gráfico n.º 4 – Distribuição dos alunos do 9.º ano por idade (SPSS Versão 17.0)

No que concerne ao género, verifica-se existir uma ligeira diferença entre o número de alunos do sexo feminino, 52,0%, relativamente ao número de alunos do sexo masculino, 48,0%, valores que se configuram como perfeitamente consentâneos com os apurados no mais recente recenseamento geral da população (INE, 2011) em que se constata igualmente uma ligeira predominância de população residente em Portugal do sexo feminino, 52,2%, relativamente à do sexo masculino, 47,8%, valor praticamente semelhante ao verificado na área geográfica em que este estudo foi realizado, onde 52,1% de população residente é do sexo feminino e 47,9 % do sexo masculino.

1.4 – Reunião dos atores face ao objeto de estudo: Um rumo comum

A temática central que sustenta o estudo desenvolvido encontra-se ancorada numa conceção de carácter basilar, para alcançar o objetivo primordial de toda e qualquer iniciativa desenvolvida no âmbito da educação para a saúde ao nível da comunidade educativa, o

imperativo de promover a saúde, tornando o espaço escolar mais saudável e, consequentemente, incrementando as condições de desenvolvimento pessoal e comunitário que neste se verificam, procurando melhorar de forma genérica a qualidade de vida desta população-alvo (Barnekow *et al.*, 2006).

A concretização destes pressupostos, independentemente das estratégias envolvidas poderem ou não implicar o recurso aos meios que as atuais TIC colocam ao nosso dispor, outro conceito base presente neste estudo, envolve impreterivelmente, e nunca é demais repetir, mais do que uma mera ação conjugada uma real e frutífera interação entre os diferentes atores intervenientes nestes processos, tanto os agentes de saúde escolar, quer sejam oriundos da área educativa ou da saúde, como os alunos, elementos fulcrais nestas intervenções, cujo êxito depende da capacidade de resposta das equipas que as operacionalizam, técnicos de saúde e docentes, em atender às necessidades de saúde identificadas na comunidade escolar.

A caracterização efetuada dos atores do estudo, nomeadamente ao nível dos agentes de saúde escolar, técnicos de saúde e docentes, permite antever a existência de um conjunto de particularidades que perspetivam algumas confluências e disjunções, que poderão eventualmente contribuir para a interpretação dos dados. Aspetos como a idade, género e tempo de serviço, em que se constata existirem alguns indicadores que perspetivam uma certa semelhança entre os grupos entrevistados poderão, eventualmente, constituir elementos que reforçam as sinergias e que promovem a interação entre estes profissionais, visando alcançar objetivos comuns e partilhar responsabilidades neste âmbito.

Existem, no entanto, algumas diferenças que se verificam em aspetos como as habilitações académicas, com claras diferenças dentro e fora de cada grupo não só em termos de áreas de formação como na detenção de graus académicos, fatores que podendo representar uma mais-valia, quando encarados numa conceção pluridisciplinar (Vega, 2005), poderão também constituir um constrangimento, perante a necessidade de conciliar conceções, metodologias e práticas, entre todos estes atores.

Neste âmbito importa igualmente referir a categoria profissional, com todas as implicações que aspetos relacionados com as hierarquias, estatutos, carreiras, poderes profissionais e estabilidade laboral podem ter na ação coletiva destes agentes de saúde escolar, elementos que não tendo que ter uma implicação clara nos processos desenvolvidos poderão, de acordo com a forma como seja efetuada a sua gestão, influenciar as interações estabelecidas e os resultados obtidos ao nível das atividades de educação para a saúde

desenvolvidas na comunidade educativa.

Será neste contexto que se irá procurar analisar e interpretar as conceções, aplicações e impactos, enquanto elementos que se encontram relacionados com a utilização da tecnologia educativa pelas ESE (Figura n.º 20), em atividades de educação para a saúde, não esquecendo que estas só têm razão de existir se contribuírem para melhorar a qualidade de vida das e nas comunidades escolares e, por consequência, dos alunos, alvo final das intervenções implementadas neste âmbito.

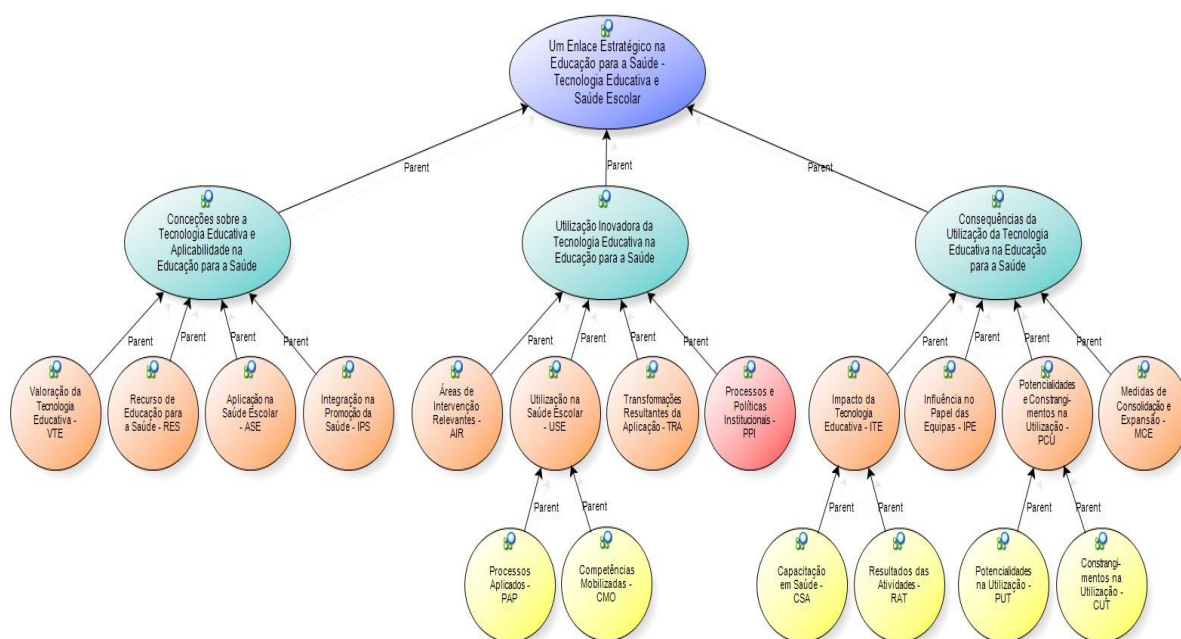


Figura n.º 20 – Modelo global de análise das entrevistas – *Tree Nodes* (NVivo Versão 8.0)

2 – Representações concetuais e perspetivas de aplicabilidade: Cruzando tecnologia, educação e saúde

As transformações de carácter técnico e científico, que vêm ocorrendo nas últimas décadas, constituem um marco determinante que poderá mesmo ser encarado como revolucionário, por transpor múltiplos domínios, culturas e contextos socioinstitucionais, abarcando uma perspetiva de tal forma abrangente que nos leva a encarar as implicações que delas resultam de um modo amplo e global, pela influência que assumem nos mais variados âmbitos da existência humana.

“No final do segundo milénio da Era Cristã, foram vários os acontecimentos historicamente importantes que transformaram o cenário social da vida humana. Uma revolução tecnológica, centrada nas tecnologias de informação, começou a remodelar, de forma acelerada, a base material da sociedade.” (Castells, 1996/2002, p. 1).

A ação desta revolução tecnológica, perante a ampla abrangência da sua dimensão, faz-se sentir também, de forma perfeitamente óbvia, na forma como os diferentes atores sociais, submetidos aos seus efeitos e subseqüentes impactos, se posicionam perante este dominador fenómeno, moldando as suas conceções, perspetivas e formas de intervenção em termos de atuação individual e coletiva, factos que progressivamente conduzem à (re)construção de estruturas e contextos nas mais diferentes áreas, não sendo exequível admitir para os âmbitos da educação e da saúde um cenário muito divergente.

Apesar do equilíbrio essencial à preservação das relações progressivamente alicerçadas entre organizações das áreas referenciadas, perspetivas de intervenção mais contemporâneas, naturalmente associadas aos modernos recursos tecnológicos, encontram campo fértil para o seu desenvolvimento, naturalmente ancoradas nas conceções mais clássicas que assumem o espetro de ação atribuído à área educativa e da saúde como um terreno propício ao desenvolvimento e à inovação.

Assumindo que atualmente as TIC constituem um elemento fulcral na edificação das diferentes instituições, será de destacar que “Esta importância não se deve somente à evolução tecnológica *per si*, mas a todo um processo de mudança ao nível da organização social e das estruturas de base das sociedades modernas.” (Cardoso, Espanha & Puga, 2007, p. 5), que importa compreender, considerando as perspetivas coletivas e individuais dos atores

intervenientes na preparação e implementação das atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, enquanto agentes de promoção da saúde.

Neste sentido torna-se imprescindível perceber a forma como os atores, que desenvolvem a sua atividade enquanto agentes de saúde escolar, (des)constroem as suas conceções relativamente aos principais conceitos chave em estudo (Figura n.º 21), efetuando a associação destes aspetos à valoração que atribuem à tecnologia educativa, perspetivando a sua aplicabilidade no âmbito da educação para a saúde, tendo em consideração a importância que é atualmente atribuída à integração das TIC como instrumentos que promovam uma aprendizagem em saúde equitativa (Kanj & Mitic, 2009; WHO, 2009b).

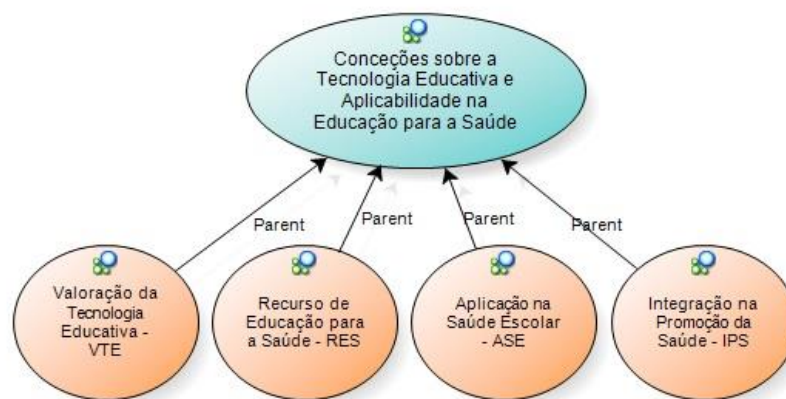


Figura n.º 21 – Modelo de análise do 1.º Tema das entrevistas (NVivo Versão 8.0)

2.1 – Valoração atribuída à tecnologia educativa

Contemplando a premissa que a vontade de saber representa a vontade de poder, os processos de natureza coletiva que caracterizam atualmente a utilização das TIC, de forma geral, nas diferentes áreas da sociedade e, particularmente, no âmbito educativo, baseiam-se na partilha de informação e conhecimento, exigindo a compreensão das dinâmicas associadas à sua aplicação para proceder a uma adequada reflexão, pois a adoção destas tecnologias na prática quotidiana muitas vezes implica pôr em causa algumas conceções aprioristicamente estabelecidas, bem como aceitar novas formas de interação e cooperação solidária (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2005).

Neste sentido, as perspetivas assumidas pelos atores em estudo, relativamente à forma como concetualizam a tecnologia educativa e à importância que lhe atribuem como um recurso que possibilita o acesso à informação, revelam-se de primordial importância por

constituírem, desde logo, a estrutura base a partir da qual serão edificadas as respetivas asserções, no que se refere à utilização das TIC nas atividades que desenvolvem profissionalmente, ao nível da educação para a saúde, no âmbito da saúde escolar. Tendo-se questionado os membros das ESE e os DCEpS relativamente ao conceito que tinham de tecnologia educativa, pretendeu-se que expressassem os seus pontos de vista quanto à relação estabelecida entre as TIC e as práticas formativas, permitindo uma leitura em relação às suas perceções quanto aos processos que advêm desta associação, desocultando desde logo, de alguma forma, o modo como se posicionavam face aos mesmos.

No que se refere às ESE, verificou-se que as respostas obtidas se polarizavam em dois eixos principais de natureza convergente, os recursos e os métodos, ou seja, contemplando uma perspetiva mais dominante relacionada com os recursos tecnológicos aplicados às práticas educativas, com um carácter mais mecanicista, e uma outra que, apesar de referenciar a utilização dos recursos tecnológicos, tendia a abordar a sua relevância enquanto elemento metodológico de cunho promotor das atividades formativas, tendo esta um carácter nitidamente mais concetual. Os membros das ESE cuja perspetiva se enquadrava numa conceção mais mecanicista da tecnologia educativa realçavam essencialmente aspetos relacionados com os recursos tecnológicos que têm ao seu dispor, para aplicação nas intervenções que dinamizam, mencionando a sua utilidade como elementos que contribuem para melhorar o dinamismo das ações e captar a atenção do público-alvo.

Portanto, são os meios que nós temos à disposição para fazer sessões pedagógicas, para fazer, portanto, intervenções ao nível pedagógico (E2 SEA2).

Qualquer meio auxiliar de ensino que envolva, que esteja ligado à tecnologia, neste caso, por exemplo data shows, DVD's, vídeos, que nós possamos passar e que possamos utilizar para transmitir, para fazer ações de educação (E4 SEA5).

Basicamente é, é isso, a realização de meios técnicos, não é, que visem, por vezes, dinamizar mais a ação que estamos a fazer, dependendo da população-alvo, às vezes mais adequado. E então, talvez, isso mesmo, despertar mais atenção através, às vezes, do dinamismo que essas, que esses meios tecnológicos nos, nos propõem, às vezes. (E3 SEB3).

Já aqueles que estabeleciam uma conceção de natureza mais metodológica, apesar de também relacionada com a utilização dos meios tecnológicos, apontavam como elementos essenciais da tecnologia educativa a sua aplicabilidade nas diferentes etapas dos processos de planeamento, bem como a troca de informações com os restantes atores intervenientes nestas intervenções educativas, sendo também destacada a possibilidade de envolvimento do público-alvo, nas ações que são desenvolvidas.

Todos os meios, também, para além daqueles que nós utilizamos para, para a execução das ações, que nos permitem também planejar tudo, não é, e muitas vezes entrar em contacto com as instituições para planejar projetos, planejar atividades. Portanto, não só a execução, não é, mas o planeamento, também penso que, de alguma maneira, também está aplicado nessa, nessa parte (E2 SEA5).

Então, a tecnologia educativa, eu acho que são todos os métodos que têm a ver com a utilização das novas tecnologias, para a transmissão da informação, a utilização dos recursos tecnológicos mais recentes para passar a informação. (E3 SEB2).

Bem, a tecnologia educativa, eu vou falar um bocadinho à letra, penso que são todos os métodos, todas as metodologias que possamos utilizar na área, na área da educação. Ou seja, métodos, exatamente, tecnologia, todos os métodos, ou audiovisuais, todos os métodos que nós possamos utilizar para intervir no grupo, desde o meio audiovisual, tudo o que tenha a ver com, com a área informática, em que se possa envolver os alunos. (E1 SEB3).

Nas respostas obtidas por parte dos DCEpS, a dicotomia que se verificou anteriormente no que se refere à tecnologia, entre recursos e métodos, embora se encontre implícita é menos evidente, sendo predominantemente destacada uma conceção que se pode considerar algo reducionista, com uma índole basicamente mecanicista, muito relacionada com a aplicação efetiva dos meios tecnológicos nas atividades educativas que desenvolvem, aspetos que se podem constatar claramente nas afirmações que produziram. Desta forma, nos seus discursos, apresentam eminentemente uma perspetiva associada à tecnologia educativa muito enquadrada na utilização didática dos equipamentos associados às TIC, encarando-os como elementos com um carácter facilitador dos processos formativos que implementam.

A ideia que eu tenho de tecnologia é isso mesmo, é a aplicação das máquinas, ou de todos os meios tecnológicos, para implementar, ou para conseguir melhorar, os processos de transmissão de informação, de transmissão de conhecimento. Ou seja, é basicamente o uso das máquinas, o uso dos audiovisuais, todos os sistemas multimédia, a utilização de tudo o que esteja ligado à Internet. Basicamente é isso, que eu tenho uma visão assim muito mecanizada, mecanicista, do que é que é a tecnologia educativa. (CEpS EA1).

Então, a tecnologia educativa será, do meu ponto de vista, a aplicação das novas tecnologias de informação e comunicação na educação, nomeadamente no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, ao nível das escolas. (CEpS EA2).

A tecnologia educativa, para mim, é toda a integração que existe na escola sobre meios que nos possam ajudar, para transmitir aos alunos (CEpS EB3).

As conceções evidenciadas relativamente à tecnologia educativa, mais enquadradas numa perspetiva que a relaciona eminentemente com os recursos utilizados, que se apelidou de mecanicista, não se encaixam propriamente nas atuais definições associadas a este conceito, mas mais nas que traduzem a noção de TIC (Adell, 1997; Azinian, 2009; Cabero,

1996; Damásio, 2007), associada ao *hardware* e *software* que atualmente utilizamos como instrumentos que nos possibilitam desenvolver os mais diversos procedimentos e obter múltiplos resultados, nomeadamente no que se refere ao acesso, arquivamento e gestão da informação e estabelecimento de canais interativos de comunicação, numa base digital.

No entanto se perspetivarmos as asserções expressas por alguns entrevistados, num âmbito mais associado ao cariz metodológico e concetual relacionado com a aceção de tecnologia educativa, podemos nestas vislumbrar elementos associados a este conceito (Area, 2009; Cabero, 2007a; Hackbarth, 1996; Marquès, 1999), relacionados não apenas com a utilização dos meios tecnológicos nas atividades de formação, mas também nos procedimentos de planeamento, preparação, desenvolvimento e avaliação que a estas se encontram, por inerência, associados.

Esta noção com uma índole mais metodológica enquadra-se numa orientação que antevê a tecnologia educativa com um carácter pluridimensional e pluridisciplinar, implicando uma abordagem sistematizada e dinâmica que envolve a assunção de um papel, tanto pelas instituições como pelos atores envolvidos, que vise um incremento significativo na qualidade dos processos de aprendizagem desenvolvidos, integrando estratégias que ultrapassem a mera transmissão dos conhecimentos facultados, mas também a sua reconstrução e replicação, produto de estratégias de integração progressiva em diferentes contextos formativos.

Apesar de ser um aspeto apenas realçados por um elemento de cada um dos grupos de entrevistados, considera-se no entanto relevante destacar estas perspetivas relativas à tecnologia educativa, que se podem entender como mais abrangentes pois apesar de integrarem as atuais TIC no conceito que expressam, de forma natural e em conformidade com as premissas anteriormente já destacadas, extrapolam a sua abrangência para os recursos didáticos que, podendo-se dizer que serão de uma natureza mais clássica ou menos contemporânea, enquadram igualmente neste âmbito.

Para mim a tecnologia educativa é tudo, todos os meios tecnológicos adaptados à educação, inclui os métodos de abordagem das, nas sessões de educação para a saúde, quer a nível do software e o hardware, quer a nível de outro tipo de tecnologias, que eram utilizadas antes. E implica também alguma tecnologia, não no ponto de vista do que foi dito antes, mas técnicas de abordagem da comunidade, em grupo. (E3 SEA1).

Bem, eu não sei se estou errado, mas para mim tecnologia educativa é qualquer recurso que permita educar o indivíduo, e também permitir o acesso, desse mesmo indivíduo, à informação disponível. Portanto, eu não, julgo que dentro da tecnologia educativa, nós sempre utilizámos a tecnologia educativa, desde que a educação e acesso à informação, na minha opinião, portanto, que se utilizou tecnologia. Pode não ter sido tão avançada como atualmente, com as tecnologias

da informação e da comunicação, mas na minha opinião sempre se utilizaram. O próprio quadro negro e o próprio giz, na minha opinião, também era uma tecnologia, e também tinha as suas potencialidades e continua a ter. (CEpS EB2).

A visão que se encontra, de alguma forma, expressa por estes dois entrevistados relativamente à tecnologia educativa, atribuindo não só um valor intrínseco aos atuais recursos tecnológicos aplicados no campo formativo, mas também aos utilizados anteriormente nesta área, enquadra-se numa perspetiva que não limita este conceito ao mero uso de meios informáticos em contexto formativo, mas nele integrando os múltiplos meios que possibilitam uma abordagem pedagógica ancorada em metodologia científica, devidamente sustentada, sistematizada e racionalizada (Afonso, 1993).

Esta noção assume ainda uma maior relevância quando associada à análise da evolução socioeducativa, ao longo da história, da aplicação progressiva de múltiplos recursos técnicos nos procedimentos educativos, pelos denominados precursores da tecnologia educativa (Marquès, 1999), cujos contributos assumem uma preponderância inequívoca nas transformações constantes e sucessivas introduzidas neste âmbito, muitas vezes integrando meios aplicados inicialmente de forma geral no seio da sociedade, com maior relevância principalmente a partir da segunda metade do Séc. XX (Area, 2009; Cabero, 2007a).

No sentido de obter uma melhor compreensão relativamente à importância que estes atores conferiam à tecnologia educativa, foi-lhes solicitado que expressassem a sua opinião relativamente à utilidade que esta teria enquanto recurso facilitador dos procedimentos que visem o acesso à informação, aspeto intimamente relacionado com a utilização dos atuais meios baseados nas TIC, considerados elementos potenciadores desta situação, incrementando a eficácia dos processos de pesquisa, aspetos essenciais ao desenvolvimento de qualquer intervenção formativa (Karsenti *et al.*, 2009).

As apreciações efetuadas pelos membros das ESE revelam que, de uma forma global, valorizam consideravelmente o contributo facultado pela tecnologia educativa, tanto ao nível das possibilidades que as TIC quotidianamente oferecem no acesso e obtenção de informação atualizada e diversificada, de uma forma bastante rápida, como pelo facto de facilitarem os processos relacionados com a transmissão dessa mesma informação, permitindo apresentá-la de uma forma consideravelmente mais atraente, organizada, apelativa e adequada ao público-alvo. Os principais aspetos que enumeram, contemplando a importância da tecnologia educativa no acesso à informação, incluem a possibilidade de pesquisarem relativamente aos mais diversos temas e, subsequentemente, analisar e preparar o material obtido com vista à sua adequada transmissão aos alunos que participam nas intervenções que implementam.

Acho que a tecnologia educativa, acho que nos permite, tal como há bocadinho estava a dizer a colega no, no planeamento das intervenções, ajuda-nos a fazer pesquisas, rapidamente, e ter acesso a informações mais recentes (E1 SEA5).

Pois permite, permite-nos a nós ter acesso a essa informação e trabalhá-la, também, da maneira que achamos melhor, não é, mais, mais adequada para nós, enquanto a fazemos, e mais adequada para a população-alvo. (E2 SEA5).

Ah, isso sem dúvida que é útil, não é, o podermos chegar à Internet e a partilha que há, neste momento, de informação é tão grande, que quer dizer, conseguimos fazer uma miscelânea com muita coisa e, às vezes, até aquilo que está partilhado na, pronto, na rede permite-nos chegar, às vezes, a pontos que, se calhar, nem estaríamos a pensar abordar, e isso é bastante útil. (E2 SEB1).

No que se refere às perspetivas destes técnicos de saúde, relativamente a importância assumida por estes recursos tecnológicos na transmissão da informação, muitas vezes reportando-se às intervenções formativas que desenvolviam quotidianamente, era por estes principalmente indicada a possibilidade de partilhar as mensagens de forma mais eficaz com a generalidade da comunidade escolar, de uma forma mais apelativa para os alunos, muito habituados a utilizar as TIC.

Às vezes é um bocadinho difícil, mas eu penso que a importância que é essa, que é essencialmente essa, que é passar bem a mensagem, adequar bem aos grupos alvo e, pelo menos, tentar que, conseguir ver de alguma maneira ou avaliar de alguma maneira o impacto dessa mensagem, dessa informação. (E2 SEA2).

Ajuda-nos também a fazer, a proporcionar, proporcionar uma partilha maior da informação que queremos, da temática que queremos abordar, e torna os conteúdos mais apelativos para a comunidade escolar, que pretendemos como público-alvo, sejam eles alunos, professores, auxiliares. (E1 SEA5).

Os miúdos, chama mais à atenção, porque vivem com as novas tecnologias, com os computadores, e penso que, penso que é isso as novas tecnologias na educação. (E2 SEB2).

Ainda relativamente a esta dimensão, a apreciação das respostas facultadas pelos DCEpS remete-nos para uma reflexão mais profunda e estruturada, que perspetiva uma eventual ponderação pré-existente da sua parte quanto a este tipo de temática, verificando-se na maioria das respostas uma associação intrínseca dos aspetos relacionados com o acesso e transmissão da informação, que globalmente valorizam, tal como se verificou nas respostas facultadas pelas ESE, mas onde existia, no entanto, alguma dissociação entre os dois aspetos mencionados, geralmente valorizados de forma independente pelos entrevistados desse grupo.

Dos discursos amplos, ricos e sistematizados, proporcionados pelos docentes, resulta a perceção de uma clara valoração da tecnologia educativa, enquanto recurso com um vasto espectro no âmbito da informação, com integração plena na sua prática quotidiana,

possibilitando um rápido acesso a informação atualizada e uma maior atratividade na transmissão do conhecimento, mencionando mesmo a dificuldade que sentiriam no desenvolvimento das suas atividades se, subitamente, se vissem privados deste tipo de meios, que contemplam como detentores de um relevante carácter motivacional para os alunos.

É assim, atendendo ao tipo de sociedade que nós temos, não é, nós vivemos na, estamos na era da informação. Portanto, neste momento para se conseguir transmitir informação, para se conseguir melhorar os processos de comunicação, com o tipo de alunos que temos agora, nós temos alunos que antes de aprenderem a ler, se calhar conseguem mexer num computador, não é, portanto, a utilização destes mecanismos torna o processo de transmissão do conhecimento muito mais atrativo. É mais por aí, tornar a transmissão de conhecimento muito mais atrativa, e hoje em dia as coisas acontecem de uma forma muito rápida, a informação também evolui e os conhecimentos evoluem de uma forma muito rápida. E se usarmos a tecnologia conseguimos, também, que haja muito mais rapidez de transmissão de informação, que a transmissão de informação seja muito mais apelativa. (...) E acho que, às vezes, quando nós estamos a abordar um problema, e é um problema muito globalizante, usando, por exemplo, sistemas multimédia, conseguimos muito mais dar uma amplitude das coisas, através da tecnologia. (CEpS EA1).

Tenho algumas dificuldades em pensar como seria o dia-a-dia de um professor, a nível do desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, sem a utilização das novas tecnologias, porque dou aulas à relativamente pouco tempo, leciono há dez anos, e embora as novas tecnologias estejam sempre a evoluir, e a uma grande velocidade, sempre utilizei as novas tecnologias. Portanto, para mim, é impensável lecionar, é impensável dar aulas sem a utilização das novas tecnologias, quer a nível dos computadores, quer a nível da exploração de DVDs, de vídeos, quer a nível até, se calhar, muito a nível do trabalho de pesquisa que é feito por parte dos alunos, em trabalhos que eles têm que realizar fora da sala de aula. Portanto, como sempre convivi com essa realidade, para mim é impensável dar aulas sem o fazer, pronto. Particularmente, sou professora de ciências naturais, que é uma área onde implica muito a parte da imagem, a parte visual, e portanto, eu hoje olho para trás e penso, como é que seria dar aulas quando só tinha o manual escolar. Se calhar os resultados eram iguais ou melhores do que os alunos têm hoje em dia, mas realmente, tenho muita dificuldade em imaginar como seria dar aulas sem poder utilizar as novas tecnologias. (CEpS EA2).

Eu acho que, atualmente, é a mais motivacional. Além de podermos, sei lá, ter uma realidade mais alargada, nomeadamente devido à Internet e a todos os meios que ela nos possibilita, permite-nos manter uma realidade mais alargada, principalmente nas escolas do interior. Que nós temos muito menos recursos e muito menos coisas à nossa mão. (CEpS EB1).

Independentemente da profundidade ou da articulação presente nas respostas, facultadas pelos membros das ESE e pelos DCEpS, é inequívoca a clara valoração que atribuem à tecnologia educativa enquanto recurso informativo, revelando as opiniões que expressam um carácter consentâneo com a perspetiva de que, relativamente ao uso das TIC nas práticas formativas, o seu enfoque poderá estar relacionado tanto com uma perspetiva que encara a sua aplicação como meios de acesso ao conhecimento, como de disseminação da

informação (Ollivier & Thinbault, 2004).

Das opiniões expressas emerge um assumir explícito, por parte dos diferentes atores entrevistados, de uma conceção que imputa uma significativa relevância à utilidade da tecnologia educativa, sendo destacados aspetos que se enquadram em dimensões enunciadas por Barron *et al.* (2002), nomeadamente no que se refere ao incremento da *eficácia educativa*, *aprendizagem ativa*, *motivação*, *competências de comunicação*, *transferência multissensorial* e *educação multicultural*, aspetos fundamentais que, de forma concreta, se encontram nitidamente expressos e, nalguns casos, claramente explorados nos discursos analisados.

Mas uma das opiniões expressas, apesar de surgir neste contexto apenas mencionada por um dos entrevistados, neste caso pertencente a uma das ESE, acaba por evidenciar a sua preocupação em, malgrado as eventuais dificuldades que possam existir, progressivamente ir integrando este tipo de práticas na sua atividade, sendo mais um elemento que nos permite constatar a relevância que é globalmente atribuída a estes recursos, pelos atores intervenientes neste estudo, como meios de acesso e transmissão da informação.

Muita, muita porque a tecnologia educativa foi modificando ao longo dos tempos, nós não iniciamos no mesmo degrau, no mesmo patamar de informação que tínhamos, não é, e a própria tecnologia, nós fomos habituando a adaptar aquilo que nós precisamos. (E3 SEA1).

O conteúdo expresso nesta afirmação poderá ser interpretado tendo em consideração o facto de, conforme se verificou no decurso da caracterização dos atores em estudo, estarmos perante agentes de saúde escolar com diferentes percursos formativos e experiências profissionais, para além das diferenças verificadas em termos de idade e tempo de serviço, sendo este um conjunto de elementos que permitem antever a possível existência de alguma disparidade, perfeitamente natural, nas formas de conceber a importância e aplicabilidade da tecnologia educativa, sem no entanto comprometer uma visão positiva e relativamente consentânea quanto à sua relevância como recurso formativo.

No entanto, para além desta apreciação, a reflexão suscitada pelos aspetos enunciados pelo entrevistado remete-nos para as aceções que Mottet (1983) apresentou há já três décadas, ao alertar para as mudanças dos contextos e processos formativos resultantes do desenvolvimento da tecnologia educativa, implicando o surgimento de novos papéis e a aquisição de novas competências, modificações que necessariamente implicam uma adequação de natureza metodológica, tendente a garantir uma integração dinâmica das informações a facultar nas práticas educativas desenvolvidas.

2.2 – A tecnologia educativa como recurso de educação para a saúde

A aplicação da tecnologia educativa, no desenvolvimento de ações de educação para a saúde, permite o estabelecimento de procedimentos consistentes que poderão envolver tanto a experiência quotidiana como resultados de pesquisas, permitindo veicular informações e conhecimentos de forma estruturada, sistematizada e validada, elementos que poderão e deverão ser socialmente partilhados, fomentando processos formativos que privilegiam o enfoque na (co)produção de saberes e na autonomia, tornando o público-alvo um elemento central neste processo (Gubert *et al.*, 2009)

Reconhecida a importância que os diferentes atores entrevistados atribuíam às TIC como ferramenta educativa, torna-se importante compreender, face ao objeto de estudo, a forma como estes percecionam a tecnologia educativa enquanto recurso aplicado no âmbito da educação para a saúde, implicando entender como efetivamente definem o conceito de educação para a saúde e como perspetivam a integração de meios tecnológicos no desenvolvimento dos processos que o envolvem. Neste sentido, questionou-se tanto os membros das ESE como os DCEpS sobre a forma como conceptualizavam a educação para a saúde, com o propósito de percecionar como dimensionavam esta noção, central neste estudo, tarefa nem sempre fácil, principalmente por estar intimamente relacionada com o conceito de saúde, que tem sofrido amplas modificações e aferições ao longo do tempo (Carmo, 2001).

Os membros das ESE estabelecem o conceito de educação para a saúde de acordo com três grandes dimensões, valorizando normalmente apenas uma delas, sendo evidenciados os aspetos associados à modificação de atitudes e comportamentos nocivos à saúde, os contributos para o desenvolvimento da capacitação do indivíduo para assumir a responsabilidade pela sua saúde e o incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis. Com respeito à primeira dimensão mencionada, relacionada com a mudança de atitudes e comportamentos, destacam a relevância de fomentar a promoção de estilos de vida saudáveis, mas associam a esta perspetiva a dificuldade em se conseguir a motivação individual, por parte do público-alvo, necessária para concretizar com sucesso estes processos.

Bem, ora para mim a educação para a saúde prende-se com a modificação de atitudes e comportamentos, portanto, saudáveis e baixar os níveis dos malefícios de algumas, outros comportamentos, não é, baixar o nível de maus comportamentos, digamos assim. (E2 SEA1).

Portanto, educação para a saúde é tudo isto que foi dito, mas é ainda mais, ou seja, além das competências, não é, há também um determinado objetivo que é a mudança de comportamentos, e os comportamentos são atitudes, portanto, são

difíceis de obter essas mudanças. (E1 SEA2).

Eu acho que é o conjunto de, de atividades de, que nós fazemos, sempre com o objetivo de ajudar a nossa comunidade, neste caso, a adotar comportamentos, portanto há, tem que haver, a ideia é que haja alguma mudança nos comportamentos, dessas pessoas. (E3 SEA5).

No que se refere aos aspetos ligados à necessidade de uma efetiva responsabilização, por parte de cada indivíduo no que se refere ao seu estado de saúde, é amplamente destacada a importância do desenvolvimento de competências que permitam a cada pessoa assumir e gerir de forma consciente, responsável e informada as decisões relacionadas com a saúde individual e coletiva, visando eminentemente a obtenção de ganhos efetivos de saúde, dando especial ênfase aos aspetos ligados à cidadania.

Eu penso que é incutir, portanto, dar competências, aumentar competências, portanto, nos alunos, neste caso, tentando melhorar o nível de saúde, portanto, deles, e para que eles tenham uma perspetiva sempre positiva, portanto, construtiva, sempre melhor. Nós fazemos um esforço para isso, não é, é esse o nosso trabalho, não é, dar mais saúde à vida das pessoas, e é importante saber educar, é crescer também como pessoas, mas como indivíduos responsáveis, como com o âmbito da cidadania, portanto, todos esses fatores. Eu penso que educar para a saúde é fundamental, dentro das famílias, dentro dos grupos, dentro da comunidade, acho que é essa a importância, para mim, na minha perspetiva. (E2 SEA2).

Há também outra questão que gostava de realçar, que já foi dito, mas gostava de realçar, que é a corresponsabilização do cidadão no seu estado de saúde, ou seja, nós fomos educados, também como profissionais, a ser responsáveis pela saúde dos utentes / doentes / cidadãos, como quiser, e de facto isso não corresponde à verdade. Nós somos, nós temos que ser corresponsáveis, nós temos que dar toda a informação que seja precisa a determinado indivíduo, mas ele tem que ser responsável, também, pelo seu estado de saúde. (E1 SEA2).

Há apenas o objetivo da educação para a saúde, no fundo, é termos ganhos, ganhos em saúde, não é, as pessoas gerirem essa, esse conhecimento que é partilhado e, no fundo, terem um ganho para a sua saúde, basicamente. (E3 SEB3).

A outra dimensão referenciada encontra-se direcionada para uma vertente associada à promoção e preservação de estilos de vida saudáveis, enquanto estratégia que visa possibilitar a manutenção da qualidade de vida, a nível individual, familiar e comunitário, procurando desta forma prevenir o aparecimento de situações de desequilíbrio ou problemas que causem doença.

De forma a, pronto, a serem mais, hábitos de vida mais saudáveis, estilos de vida, pronto, evitar comportamentos, portanto, no fundo, por isso é que é importante que, realmente, aquilo que a gente utiliza para os, que os cative e que, realmente, eles se sintam empenhados (E3 SEA5).

Eu acho que é, acho que é uma, uma ferramenta que nós temos ao nosso dispor

dentro da promoção da saúde, portanto, é uma estratégia que nós utilizamos para promover hábitos de vida saudáveis (E1 SEA5).

Educar é mesmo isso, é persistir, é utilizar todos os meios que nós tenhamos ao nosso alcance, que o grande objetivo é eles, daqui por uns anos, além de conseguirem levar para casa, conseguirem ter um estilo de vida mais saudável. (E2 SEB2).

Também no que se refere à questão em causa, os DCEpS respondem apenas numa perspetiva dual, valorizando somente os domínios da educação para a saúde relacionados com a responsabilidade do indivíduo em relação à sua própria saúde e com a promoção de estilos de vida saudáveis, não referindo explicita ou implicitamente nos seus discursos qualquer aspeto relacionado com a necessidade ou importância da mudança de comportamentos ou atitudes, como área de intervenção da educação para a saúde. Relativamente à primeira dimensão enunciada, associada à responsabilidade do indivíduo quanto à sua saúde, encontra-se uma argumentação sólida, articulada e coerente sobre este aspeto, em que é destacada a importância da reflexão de cada indivíduo no que se refere ao seu próprio bem-estar, bem como da comunidade em que se insere, sendo mencionada a abrangência que deve ter atualmente o conceito de saúde e, consequentemente, o de educação para a saúde.

É assim, educação para a saúde é uma coisa muito geral, eu podia dizer que a educação para a saúde é tudo o que nós, todo o conjunto de mecanismos, todo o conjunto de atividades que se podem fazer para melhorar a saúde. Só que a saúde é um conceito muito geral, não é? A saúde não se limita, já é um conceito geral há muito tempo, não é, nós não queremos evitar doenças, nós queremos muito mais do que isso. Então eu acho que tudo o que nós, todo o conjunto de atividades, ações, mecanismos, que se consigam fazer para que haja uma autorresponsabilização, do nosso público-alvo. Seja os alunos, seja o resto da comunidade escolar, adultos, também, de maneira que se houver uma autorresponsabilização das pessoas pela sua própria saúde, pelo seu próprio bem-estar e o bem-estar dos outros, aí já estamos a fazer educação para a saúde. E se conseguirmos levar, também, a educação para a saúde, também é conseguir criar mecanismos para levar o nosso público a refletir, precisamente, sobre as questões que podem perturbar o equilíbrio do indivíduo, ou o equilíbrio de uma comunidade, ou o bem-estar. (CEpS EA1).

A educação para a saúde é tentar adotar nos alunos valores, conhecimentos, atitudes, para que eles se tornem seres humanos o mais, como é que eu hei de dizer, o mais positivo possível, que escolham os aspetos mais positivos na sua vida no dia-a-dia. (CEpS EB3).

No segundo aspeto referenciado pelos docentes neste âmbito, relacionado com a promoção de estilos de vida saudáveis, ao contrário do que ocorreu na exposição anterior, não se verificou um grande aprofundamento da temática, sendo no entanto facultada uma visão associada à abordagem da saúde em termos físicos, mentais e sociais, abarcando igualmente a importância do ambiente para a saúde.

Educação para a saúde, do meu ponto de vista, tem como objetivo promover hábitos de vida saudáveis, da parte dos nossos alunos, quer a nível físico, quer a nível mental, quer a nível social. (CEpS EA2).

Será o conjunto de todas as medidas que possam ser implementadas, utilizadas, para promover modos de vida saudáveis, ambientes saudáveis, equilibrados, que permitam uma boa qualidade de vida, em suma. (CEpS EB2).

Podendo-se considerar, face aos discursos apresentados, uma maior abrangência no que se refere à conceção de educação para a saúde por parte dos elementos das ESE, que integram neste conceito a dimensão relacionada com a mudança de comportamentos e atitudes, para além das relacionadas com o comprometimento individual com a própria saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis, apontadas também pelos DCEpS. A omissão referida poderá resultar do facto de no PNSE (MS-DGS, 2006) serem, de forma global, preferencialmente referenciadas asserções que apontam no sentido da adoção e promoção de comportamentos saudáveis, em detrimento de uma redação que se poderá encarar com um conteúdo de carácter menos positivo, relacionada com a modificação pura e simples de comportamentos e atitudes nocivas para a saúde, aspeto no entanto trabalhado transversalmente pelos técnicos de saúde, na área da prevenção da doença.

Assim sendo, podemos constatar que em termos gerais os entrevistados detêm uma perceção abrangente e consolidada do conceito de educação para a saúde, nele integrando os seus principais elementos, enquanto constructos essenciais aos processos de promoção da saúde, enquadrados numa premissa de carácter corporativo em que a tomada de consciência e a responsabilização individual e coletiva, relativamente à saúde, se aglutinam como elementos centrais de decisão consciente e informada quanto às opções de saúde assumidas pelos indivíduos, grupos ou comunidades (Quesada & Hernando, 2007; Vega 2005).

Importando compreender igualmente o modo como os entrevistados perspetivavam a utilização da tecnologia na educação para a saúde, apresentou-se-lhes uma questão nesse sentido, que inevitavelmente implicava que efetuassem uma associação entre estes dois conceitos, contribuindo para melhorar o entendimento relativamente à forma como as TIC são encaradas no âmbito da saúde, enquanto instrumentos de trabalho que visem melhorar a qualidade das intervenções educativas desenvolvidas nesta área, promovendo inclusivamente a difusão das mensagens no seio da comunidade (Guimarães & Sena, 2002).

Por parte dos membros das ESE, verifica-se que, no que respeita ao aspeto questionado, destacam amplamente a aplicação das TIC como elemento mediador dos processos educativos que desenvolvem, permitindo melhorar a transmissão da informação e a

recetividade do público-alvo, sendo no entanto também enunciados outros aspetos relacionados com essa utilização, nomeadamente a possibilidade de serem também aplicados noutras atividades neste âmbito, não diretamente associadas com a prática formativa *per si* e a dinâmica interativa que estes recursos educacionais permitem.

No que se refere ao aspeto mais enunciado por estes entrevistados, a mediação dos processos educativos desenvolvidos, são múltiplas as referências que se encontram a este respeito nos discursos dos técnicos de saúde, entre as quais é destacada a abrangência, a eficácia e a acessibilidade que estes recursos atualmente permitem, nas intervenções formativas desenvolvidas junto do público-alvo, permitindo a exploração das temáticas abordadas com uma maior amplitude.

É uma ferramenta importante (...) E funciona como meio condutor, para chamar à atenção dos intervenientes, o recurso aos PowerPoint®'s, aos jogos. (E1 SEA1).

Então, eu acho que, tal como já dissemos, realmente, acho que nos permite chegar mais facilmente, aceder às pessoas, fazer com que elas sintam, pronto, eu acho que sim, é mais fácil, porque conseguimos fazer coisas mais cativantes, mais, não sei, que lhes digam mais alguma coisa. Conseguimos expor, às vezes, sei lá, com um filme, por exemplo, conseguimos mostrar muitas coisas que, por mais que nós falássemos, às vezes, ali as imagens, pronto, e depois é explorar isso, conseguimos fazer as coisas de uma forma mais abrangente (E3 SEA5).

Eu acho que vai de encontro ao que eu tinha acabado de dizer, porque uma vez que, que mais do que informar tenta educar, não é, com a nova, com estas tecnologias tenta-os despertar, tentam que eles depois pensem, portanto, seja mais fácil associar as ideias do que, simplesmente, chegarmos ali. (E2 SEB2).

Embora sem a convergência patente na perspetiva anterior, surge também expressa uma visão associada à alargada possibilidade de utilização das TIC, podendo inclusivamente ser aplicadas em atividades que não tenham um cunho expressamente formativo, sendo enunciadas perspetivas intimamente relacionadas com a operacionalização efetiva da educação para a saúde, em termos de diagnóstico, planeamento, realização e avaliação das ações desenvolvidas neste âmbito, encarando muitas vezes estes recursos como elementos indispensáveis para a sua realização.

Eu acho que se nota um bocadinho, também, na outra parte, e se calhar falo mais em nós, na parte dos rastreios, por exemplo, facilita muito mais o tratamento dos dados, não é, a recolha dos dados e, se calhar, antigamente tínhamos que fazer as contas manualmente e fazer a contabilização manualmente. E hoje em dia com, com os computadores, não é, e com a parte dos softwares, essa parte ficou também muito mais facilitada, não é só a sessão em si, mas tudo o que, o que nós, às vezes, temos que recolher dessas sessões ou de outras atividades, que não têm de ser sessões de tratamento seguinte (E2 SEA5).

É assim, nós cada vez mais utilizamos essa tecnologia, e eu acho que, às vezes, quando nos falha ali coisas que nós temos no computador, documentos e, pronto, e ações programadas, que está tudo ali no computador, ou mesmo se precisamos de aceder a qualquer informação, para nós já é, andamos aqui um bocadinho aflitos, porque nós falta ali qualquer coisa. Acho que é uma base, é uma, como é que hei de dizer, ajudem-me, uma bengala que nós temos, no nosso trabalho. (E1 SEB1).

Outra perspetiva mencionada, embora sendo menos referida pelos membros das ESE, tinha a ver com o dinamismo que este tipo de recursos tecnológicos viabilizam, ao nível da interação que permitem estabelecer entre os diferentes participantes nas intervenções de educação para a saúde, constituindo este um aspeto que é referido como sendo facilitador da comunicação e da apreensão dos conteúdos, proporcionando a edificação de interações dinâmicas entre formadores e formandos.

Eu concordo com a E3 SEA2, não tenho assim muito mais a acrescentar, nota-se perfeitamente que se for um PowerPoint®, com animação, com colorido, com desenhos, bem feito, com pouca... com mensagem pouco densa, portanto, que seja fácil de apreensão e seja dinâmico. (E2 SEA2).

E para nós isso é um método extremamente importante, para também podermos retirar as consequências da nossa, da nossa intervenção, e penso que estes métodos são uma mais-valia e são muito enriquecedores, também, para as nossas ações. E causam uma relação dinâmica entre, entre a profissional e, neste caso, o grupo-alvo, numa relação muito dinâmica de, de comunicação. (E1 SEB3).

Face a esta questão o posicionamento dos DCEpS enquadra-se, eminentemente, na atribuição à tecnologia educativa de um papel associado à mediação das ações promotoras dos processos formativos, no que se refere à área da educação para a saúde, não sendo muitas vezes efetuada qualquer distinção relativamente a esta área, ao não outorgar um carácter diferenciado a estas tecnologias, quando aplicadas neste âmbito particular ou a um nível mais global. Os discursos dos docentes remetem-nos para uma utilização visando a transmissão de conhecimentos e informações, de forma mais agradável, ampla e eficaz, encarando estes recursos como ferramentas facilitadoras dos processos formativos desenvolvidos, permitindo uma transmissão mais agradável e perceptível das mensagens, não sendo feita por vezes uma clara diferenciação entre a aplicação das TIC nas diferentes áreas da educação.

Pronto, aqui tenho dificuldade em separar a aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde e na educação, no geral, para mim uma coisa vai ao encontro da outra. Portanto, se considero que é importante a nível do processo de ensino-aprendizagem normal, numa sala de aula, também considero que é igualmente importante. A importância que tem numa área aplica-se também, neste caso, à educação para a saúde, em particular, considero que é importante, é um instrumento bastante útil de trabalho. (CEpS EA2).

A tecnologia educativa é como se fosse um veículo de transporte, permite alargar,

permite partilhar, e permite, também, a parte mais de divulgação, para toda a comunidade educativa. Abre mais as portas à divulgação de todas as coisas que nós pretendemos, para atingir as competências que entendemos. (CEpS EB1).

Acho é que é fundamental, permite uma sensibilização do público-alvo, como disse anteriormente, muito melhor, permite fazer chegar a mensagem de forma muito mais clara, muito mais eficiente, muito mais agradável, portanto, a informação é passada com muito menos dificuldade e é muito mais facilmente percebida, na minha opinião. (CEpS EB2).

Considerando que “A comunicação em saúde pode ter efeitos em aspetos distintos tais como prevenção da doença e promoção da saúde.” (Espanha, 2009, p. 39), se contemplarmos de forma específica o contexto da educação em saúde, pode-se entender a utilização da tecnologia educativa como um eixo fulcral dos processos de mediação que visem a transmissão de informação, tendo como principal objetivo transmitir conhecimentos que permitam persuadir os indivíduos, grupos e comunidades a adotar decisões tendentes a promover a sua saúde e a melhorar a sua qualidade de vida.

A caracterização da tecnologia educativa, enquanto instrumento aplicado nos processos de educação para a saúde, como detentora de um potencial mediador, multiuso e interativo, permite antever a sua relação a algumas propriedades de índole infraestrutural e social associadas às TIC (Damásio, 2007), respetivamente a amplificação, relacionada com o contributo que facultam em termos de capacidade de comunicação, o carácter recombinação, associado à possibilidade de contínua adaptação às necessidades ou atividades que surgem no contexto de utilização, e a interatividade, enquanto elemento multidimensional que agrega os usuários, os aplicativos e os recursos de promovem a difusão da informação.

A relação dinâmica que os diversos elementos referenciados permitem estabelecer nas mais diferentes áreas e, em particular, no âmbito da educação para saúde, permite configurar um espaço de desenvolvimento, devidamente sustentado, onde a tecnologia educativa se assume como um recurso equitativo que possibilite uma construção personalizada do conceito de saúde, associada a uma plena responsabilização relativamente aos comportamentos e atitudes assumidos por cada indivíduo, no contexto social em que se encontram inseridos e que, logo, influenciam de forma determinante.

2.3 – Pertinência do uso tecnologia educativa na saúde escolar

O desenvolvimento de programas de saúde em contexto escolar, eficazes e abrangentes, implica não só o desenvolvimento de ações que visem a prevenção da doença,

mas também a oferta de oportunidades que possibilitem aos alunos melhorar de forma decisiva as suas capacidades de aprendizagem, através de medidas que promovam de forma integrada a saúde física, mental e o bem-estar social, implicando o envolvimento e apoio da família e da comunidade em que se inserem, devendo ser coordenados por uma equipa multidisciplinar, principal responsável pela qualidade das intervenções desenvolvidas e do programa instituído (King & Eckstein, 2006; Percy *et al.*, 2009).

Nestas intervenções, enquadradas na filosofia de ação orientadora da perspetiva que assiste as escolas promotoras da saúde, a utilização das TIC pode e deve ser uma realidade cada vez mais presente (Jensen & Simovska, 2005), considerando o contributo potencial que facultam no acesso e transmissão de informação, devidamente enquadrada e orientada, que possibilite o desenvolvimento nos alunos e restante comunidade escolar de competências para a ação, das quais resultem mudanças positivas e significativas no que se refere a questões de saúde, visando esta promoção do conhecimento incentivar mudanças de comportamento e ganhos ao nível da qualidade de vida.

Procurando conhecer as conceções dos diferentes atores que intervêm neste âmbito relativamente ao conceito de saúde escolar, enquanto membros das equipas da UCC que atuam nesta área e DCEpS, com responsabilidades específicas nas escolas, foi-lhes solicitada a sua definição, considerando ser este o elemento central que une os dois grupos, que emergem de áreas de intervenção profissional distintas, a educação e a saúde, numa ação de carácter convergente que ocorre num contexto distinto, a comunidade educativa, tendo como principal população-alvo os alunos que nesta se integram.

A conceção de saúde escolar que nos é explicitada pelos membros das ESE enquadra-se basicamente em duas grandes áreas, perfeitamente consentâneas com as intervenções desenvolvidas neste âmbito, nomeadamente uma mais relacionada com a educação em saúde, destacada muito a par com a associada com as ações com influência ao nível dos alunos, comunidade escolar e família. Outra área também mencionada, mas com significativa menor incidência que as referidas anteriormente, foi a direcionada para a promoção e manutenção de um ambiente escolar saudável.

Em relação às conceções que relacionam a saúde escolar com aspetos associados com a educação em saúde, os técnicos de saúde entrevistados enunciam a importância da abordagem de temáticas que contribuam para a promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, tendo em especial atenção a adequação das abordagens visando considerar as diferentes faixas etárias do público-alvo, atribuindo uma valorização acrescida às ações

positivas desenvolvidas ao nível da saúde e à vantagem das intervenções decorrerem em contexto formativo que seja familiar aos alunos.

Realmente a saúde escolar é feita em meio escolar, que eu acho que é importante, realmente permite, permite modificar os tais comportamentos e realmente levar aquela faixa etária, não é, porque a educação para a saúde tem várias, tem diferentes faixas etárias, e cada faixa etária tem a sua forma de abordagem. E, portanto, e chamar aquele grupo para determinadas atenções, para centralizar, para se centralizar num determinado problema, e tentar resolver aquele problema, e eles próprios, às vezes, serem motores (E2 SEA1).

Para mim a saúde escolar, portanto, para mim a saúde escolar é tudo aquilo que envolve a população-alvo, que são as crianças que estão em meio escolar, ou seja, desde que seja tudo aquilo que seja para promover a saúde, tudo, todas, tudo aquilo que seja para prevenir hábitos e comportamentos de risco. Tudo aquilo que seja para, não só para prevenir mas também para eles, por exemplo, imagine que eles fazem, assim uma ação a nível de um tema qualquer, onde vai salientar a parte da saúde, nós também temos que fazer, que valorizar aquilo, as ações que eles vão fazer. Por exemplo, na feira da saúde poderem promover a natureza, poderem promover bons hábitos alimentares, também temos que valorizar a parte positiva de tudo aquilo que eles fazem, portanto, envolver o meio escolar, quer nas partes da prevenção, da promoção e, também da valorização das boas coisas que eles fazem. Que é para eles terem mais força, para continuarem a ter as mesmas atitudes. (E3 SEA2).

Porém, também, mais uma vez na minha área, sinto que é, é um local também essa, a escola é um local tranquilo para podermos falar de saúde, é um local onde os jovens estão mais familiarizados. Por vezes falar de saúde aqui, no meu gabinete ou no centro de saúde, eles estão mais retraídos, estão mais tensos, e na escola estamos mais à vontade, estamos mais práticos, não há luz nem há bata, e conseguimos captar mais a atenção dos jovens, dos professores e, realmente, sensibilizá-los para, para a temática da saúde, basicamente. (E3 SEB3).

Com respeito à perspetiva que contempla, no que se refere a este conceito, não só os alunos mas integra, de uma forma global, a comunidade escolar e a sua família, encontram-se discursos plenos de significado, atribuindo uma clara relevância às intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde escolar enquanto elementos de disseminação das mensagens facultadas, ultrapassando as fronteiras da própria escola, encarando a possibilidade de influenciarem o contexto social envolvente.

Mas importa referir, também, que a saúde escolar não envolve só os alunos, envolve a comunidade educativa, escolar, toda (...) Os docentes, os auxiliares, mas pronto, nós, nós aqui focámo-nos muitas vezes mais nos alunos. (...) Mas envolve a comunidade na totalidade. (E1 SEA1).

Para mim, em termos de saúde escolar, será um cargo mais de parceria, entre a educação e a saúde, com o fim de melhorar a saúde na população, utilizando a escola, e penso que é mais, tem a ver mais com a saúde escolar porque é uma parceria, da educação com a saúde. (E2 SEB2).

A saúde escolar é trabalharmos com a escola, na escola e com toda a comunidade

educativa, como a colega disse, que é extremamente importante, porque a escola é, é um pilar de educação, e como tal temos que envolver-la e envolver a família, e somos um todo, na saúde escolar. Não somos capazes de a fazer isoladamente, mas em conjunto, com toda a comunidade educativa, promovendo a saúde como objetivo principal (E2 SEB3).

Embora à conceção de saúde escolar, estabelecida pelos entrevistados, se encontre implícita a associação à noção de ambiente escolar saudável, considera-se pertinente enunciar alguns aspetos destacados por um dos técnicos de saúde, pela pertinência que estes assumem para o bem-estar dos alunos, implicando mais uma vez contemplar a necessidade de promover neste âmbito uma ação concertada, envolvendo uma reflexão abrangente que englobe as reais necessidades de saúde identificadas e a adequada adaptação do contexto aos formandos, englobando neste processo toda a comunidade escolar.

Nós temos que considerar que a saúde escolar envolve tanto, tanto a comunidade escolar, propriamente dita, mas também não só a comunidade escolar, e tem que se avaliar a saúde escolar não só dentro da, do aspeto da educação para a saúde, como já foi mais referido pela E2 SEA1, mas no aspeto até da escola, como integrante, dentro da comunidade e em comunidade, dentro da escola. Ou seja, nós temos que analisar, de avaliar, não só o aspeto da educação para a saúde, mas até o aspeto em como a escola se adapta aos jovens ou os jovens à escola. Infelizmente o que nós vimos é que a maior parte das escolas não estão sequer adaptadas a jovens, e não temos muita intervenção nesse aspeto, e estou, por exemplo, a lembrar-me da questão das secretárias. (...) E depois temos os problemas da postura, problemas da integração escolar, têm a ver com as necessidades de saúde especiais e as necessidades educativas especiais, têm a ver com a vigilância das condições da própria escola. (...) E da maneira como a escola se adapta aos miúdos, têm a ver com a educação para a saúde, tem a ver com os pais, tem a ver com a comunidade. (E3 SEA1).

No que concerne à perspetiva expressa pelos DCEpS, relativamente ao conceito anteriormente referido, verifica-se que esta se enquadra, de forma quase global, numa vertente que relaciona a saúde escolar com a educação em saúde, constatando-se um posicionamento concetual mais restrito neste âmbito, em comparação com os aspetos expressos pelos membros das ESE, focalizando-se eminentemente na promoção de competências relacionadas com saúde, em contexto educativo, aflorando apenas dois dos entrevistados, de forma muito incipiente, as outras dimensões abordadas.

Apresentando elocuções construídas de uma forma menos fluida e articulada, comparativamente com o que vinha sendo apanágio neste grupo de docentes, confluindo por vezes para uma associação do conceito de saúde escolar com o de educação para a saúde, destacam particularmente as ações que visam a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco, bem como a importância da edificação de ambientes propícios ao desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.

E a saúde escolar tem determinados objetivos, e depois esses objetivos, então, já se coadunam com os objetivos da educação para a saúde, nas escolas. Agora, a saúde escolar, como é que eu hei de explicar, é o conjunto, é isso mesmo, vem do sistema de saúde, é o referencial do sistema de saúde para que se pratique a educação para a saúde nas escolas. (CEpS EA1).

Neste caso, a saúde escolar será a aplicação da educação para a saúde em contexto escolar, nas escolas. Aquilo que é feito a nível das escolas, dos agrupamentos, ao nível da promoção da saúde. (CEpS EA2).

Ora, a saúde escolar é o conjunto, também, de medidas e de, na minha opinião não apenas de medidas, também de meios que podem ser utilizados, que podem ser implementados, de forma a conferir ao ambiente escolar um ambiente agradável, propício ao estudo, equilibrado, sem contaminantes, sem... Onde se promovam hábitos de vida saudáveis, onde se promovam comportamentos que não sejam de risco, onde se sensibilize para a importância desses modos de vida saudável, a todos os níveis, a nível alimentar, a nível das relações, a nível sexual e reprodutivo, a todos estes níveis. Portanto, ao fim ao cabo, é criar um ambiente que permita construir um aluno como pessoa, e que tenha uma formação integral. (CEpS EB2).

Tendo em consideração a globalidade das afirmações dos entrevistados, pode-se constatar que, apesar de no seu conteúdo se verificarem diferentes formas de expressar as respetivas asserções, existe alguma convergência relativamente ao conceito de saúde escolar, por parte dos membros das ESE e dos DCEpS, sendo principalmente valorizados os aspetos mais relacionados com a educação em saúde, contributos entendidos como decisivos para a promoção de um ambiente saudável, onde não sejam englobados apenas os alunos, mas que envolva igualmente a restante comunidade escolar e as próprias famílias (MDPH, 2007).

De resto, os principais elementos que emergem das entrevistas, no que se refere ao conceito em causa, nomeadamente a *educação em saúde*, o *envolvimento da família e da comunidade* e o *ambiente escolar saudável* são alguns dos aspetos considerados como basilares para a saúde escolar (King & Eckstein, 2006; MOSA, 1998; Percy *et al.*, 2009), que quando interligados possibilitam o desenvolvimento de um abrangente espectro de medidas e ações que facilitem a promoção do bem-estar físico, mental e social, englobando os diferentes atores que integram estes contextos socioeducativos.

Atualmente deve ser assumido, sem reservas, o facto de não poder existir uma dissociação entre o contexto educativo e a saúde, pois embora o foco principal das escolas seja de índole formativa, estas constituem um local de eleição para a educação e promoção da saúde, sendo quotidianamente aceite a evidência de que o sucesso académico se encontra relacionado com a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de riscos de saúde (Pommier *et al.*, 2009), implicando uma abordagem precoce em termos etários que englobe, de forma global, toda a população em idade escolar, fomentando o seu desenvolvimento

físico, emocional e cognitivo.

Perante a progressiva consolidação da utilização das TIC como recursos formativos, por profissionais tanto no campo educativo (Area, 2009; Azinian, 2009; Cabero, 2007b) como no da saúde (Murero & Rice, 2006b; Parker & Thorson, 2009; Santos & Lima, 2008), considera-se importante conhecer a forma como os atores em estudo percecionam a aplicação da tecnologia educativa no âmbito da saúde escolar, contemplando o facto da utilização destes recursos tecnológicos ocorrer num contexto socioeducativo específico, tendo objetivos concretos, direcionado a um público-alvo com características peculiares, elementos que terão relevância no modo como se processa a sua incorporação neste tipo de intervenções.

Quando questionados relativamente ao modo como concebem a aplicação da tecnologia educativa neste âmbito, os membros das ESE destacam, maioritariamente, o potencial facilitador destas tecnologias na transmissão da informação e a atratividade associada aos recursos baseados nas TIC, nomeadamente para o público-alvo em questão, encarando-as mais numa vertente técnica, associando-lhes mais uma vez um papel mediador nas interações estabelecidas.

Verificam-se, no entanto, também discursos em que afirmam perspetivar a utilização destes meios como uma forma de desenvolvimento de conhecimentos e aptidões relativamente à saúde, por parte dos alunos, um recurso facilitador do estabelecimento de interconexões com a comunidade em que se insere a instituição educativa e, embora de uma forma mais implícita que explícita, também como uma ferramenta que se enquadra na prestação de serviços de saúde a nível escolar, competência destes técnicos de saúde enquanto profissionais integrados numa UCC.

Considerando o aspeto mais referenciado por estes entrevistados, muito enquadrado numa visão tecnicista de aplicação das TIC, nos discursos destacavam o seu carácter atrativo e promotor da transmissão da informação, bem como a possibilidade que facultam no desenvolvimento de meios auxiliares de ensino adequados às características do público-alvo e na utilização de diversos materiais interativos, nomeadamente de natureza lúdica, como jogos, associando uma apetência dos alunos relativamente a estes recursos, que resulta da propensão que estes normalmente têm para a sua aplicação.

É, é um facilitador, é a primeira coisa que eles vêm, e que eles não estão habituados ao método, o método expositivo para eles é extremamente cansativo, eles estão habituados muito mais à imagem, e a nível dos, do hardware e ao nível dos softwares muito rápidos. Portanto, este tipo de aquisição de conhecimentos, hoje em dia, é muito diferente, a maneira como eles adquirem conhecimentos. (E3 SEA1).

Acho que, acho que a tecnologia educativa, no âmbito da saúde escolar, ajuda-nos imenso a transmitir os conceitos ou a abordar conceitos que, que mais relacionados com a parte da saúde. E, ao mesmo tempo, ajuda-nos também a desenvolver alguns meios auxiliares de ensino até mais inovadores ou mais atrativos, de acordo com as características do público-alvo que nós queremos atingir. (E1 SEA5).

Acho que cada vez é mais imprescindível na, na nossa atividade de saúde, de saúde escolar, nas ações que fazemos, pronto, a tecnologia, mesmo a nível interativo já vão havendo mais aplicações, mais programas, que nos permitam, também, ser uma ferramenta útil para nós. Algumas mesmo onde é possível fazermos jogos interativos, jogos que poderíamos fazer sem, sem tecnologia, mas agora com o auxílio da tecnologia se torna mais atrativo, portanto, eu acho que é muito importante e cada vez mais. Até mesmo com a introdução, agora, dos quadros interativos nas escolas, tudo começa a ser mais interativo, os jovens também se habituam, desde cedo, a utilizar a tecnologia, e nós temos, também, que começar a desenvolver novas aptidões, e também a trabalhar bem com ela. (E3 SEB3).

Relativamente a outro dos aspetos mencionados, referente à integração da tecnologia educativa na saúde escolar, relacionado com os conhecimentos e aptidões dos alunos no que respeita à saúde, as afirmações dos técnicos de saúde centram-se no contributo que as TIC podem facultar para a promoção e implementação de comportamentos saudáveis, possibilitando uma tomada de consciência individual e coletiva relativamente aos riscos a que podem estar sujeitos, realçando a forma como muitas vezes estes meios os cativam, fomentando a sua participação ativa nas ações desenvolvidas nas escolas.

Ou seja, o que nós procuramos, essencialmente, é além de implementar ou tentar implementar mais comportamentos saudáveis, implicar mais os jovens nalguma assertividade, nalguma autoestima, nalguns comportamentos positivos, para que eles próprios possam tomar as suas decisões em consciência. Pronto, nós sabemos que a adolescência, principalmente a adolescência, é uma situação, uma altura de riscos, e sendo uma altura de riscos, no final de contas, o que nós tentamos é que eles assumam os seus riscos de uma forma mais saudável e (...) consciente, neste momento. (E3 SEA1).

Eu parece-me, eu acho que, pronto, especialmente no, pensando sempre, a gente agora pensando mais, agora já que estamos aqui, na saúde escolar, hoje em dia os miúdos, pronto, são cada vez mais virados para a utilização das, das tecnologias, não é? Portanto, é importante que a gente aqui, para nós conseguirmos fazer, para lhes conseguirmos transmitir aquilo que nós queremos, conseguirmos, realmente, contribuir para que eles tenham comportamentos mais, mais assertivos, estilos de vida mais saudáveis, tudo isso, mudar esses comportamentos. Também é importante coisas que os cativem, que os motivem, coisa que eles, realmente, demonstrem interesse e acho que, nesse aspeto, é muito importante. (E3 SEA5).

Aliás, há outra coisa, quando nós trabalhamos com, com, neste caso, com os alunos, porque não trabalhamos para eles mas trabalhamos com eles, muitas vezes são eles que, ao preparar, exatamente, para nós podermos saber exatamente aquilo que foi percecionado, são eles que muitas vezes fazem a intervenção nos outros grupos, utilizando as tecnologias de informação. Como também recurso que eles acham que é extremamente importante, e se eles o acham extremamente

importante é porque, na realidade, a eles lhes diz alguma coisa e, portanto, isso para nós é, é positivo. (E1 SEB3).

Nas entrevistas, embora com menor expressão, é também enunciada a perspetiva de utilização da tecnologia educativa como recurso que permita fomentar e consolidar as inter-relações estabelecidas a nível comunitário, entendidas como um meio que possibilite integrar na saúde escolar não apenas os elementos que incorporam a comunidade educativa, como um todo, mas estendendo inclusivamente esta influência, também, ao agregado familiar onde se integram os próprios alunos.

Para mim o objetivo é mesmo a promoção da saúde, não é, e prevenção da doença, transmitir informação, transmitir alguns conhecimentos, não é, neste caso da saúde escolar, acho que não é só dirigido aos alunos, portanto, é à comunidade escolar toda. E muitas vezes o nosso objetivo também é, às vezes, chegar às famílias, não é, através deles, muitas vezes através dos alunos, através dos próprios professores, depois também levam a informação para casa. (E2 SEA5).

E as tecnologias de saúde também são utilizadas, as tecnologias de informação são utilizadas, também, com os encarregados de educação, e que é extremamente importante, portanto, eu penso que a saúde escolar tem a ver com a promoção de saúde na comunidade escolar, como um todo. (E1 SEB3).

Outra dimensão referenciada, ainda neste âmbito, tinha a ver com a integração das tecnologias aplicadas como um instrumento que funcionasse como promotor do acesso e adesão aos cuidados de saúde, nomeadamente os facultados pelos técnicos de saúde envolvidos neste processo, especialmente nas áreas específicas que se encontrem relacionadas com o público-alvo em questão.

Que é muito importante nesta idade, pronto, até à idade adulta, eles adquirirem, e acho que nós somos uma mais-valia, também, para a saúde escolar, os técnicos de saúde, não é só os enfermeiros, mas todos os técnicos são uma mais-valia que há na comunidade, para poderem levar e chegar até aos alunos esta informação. (...) Que eles têm-na através da, informaticamente, não é, através da Internet, mas eles não vão lá, não vão lá pesquisar, agora, o que é que está relacionado com a saúde. (...) Se for alguma coisa que os desperta, que eles ouviram na escola, aí, deixa-me lá ir agora ver. (E1 SEB1).

E neste caso, e é, ao fim ao cabo, é o nosso grande objetivo, não é nem dar aulas porque isso, isso é o trabalho do professor, é sim numa relação de dinamismo entre técnico de saúde e o grupo-alvo, e neste caso grupo de, de alunos, desde o pré ao ensino superior. (E1 SEB3).

Os DCEpS, quando questionados no mesmo sentido, adotam basicamente uma linha de resposta dicotómica, realçando aspetos que foram igualmente os mais destacados pelos membros das ESE, nomeadamente os que se encontram relacionados com uma conceção de carácter eminentemente técnico e de mediação, associada à aplicação da tecnologia educativa

neste área, e com os contributos que as TIC poderão facultar na aquisição de competências ao nível da saúde, pelos alunos. No que concerne à primeira dimensão identificada, estas tecnologias são contempladas pelos docentes entrevistados como um dos principais meios aplicados, neste âmbito, para facultar informação, principalmente pela universalidade de utilização que, atualmente, se lhes encontra intimamente associada.

E todas as ações meramente informativas que, portanto, o pessoal do centro de saúde como os professores fazem, aí, o veículo principal de transmissão da informação são as tecnologias, isso não há dúvida, era aquilo que eu já tinha dito, não é? Pronto, numa primeira instância, mal ou bem, toda a gente recorre às tecnologias, hoje em dia é indiscutível, mal ou bem, toda a gente recorre às tecnologias. (CEpS EA1).

É a mesma coisa, motivacional, abre fronteiras, permite um maior número de escolhas, essas coisas. (CEpS EB1).

Quanto à outra vertente enunciada, é destacada uma utilização ancorada no potencial de facultar informação, através das TIC, que permita persuadir e alertar os alunos relativamente a atitudes e comportamentos saudáveis, contribuindo desta forma para a criação e manutenção de um melhor ambiente escolar, através de medidas de sensibilização das quais resultem uma postura mais assertiva, neste domínio.

O saber aproveitar a informação e a seleção da informação, pode-lhes dar saberes, que eles possam ir a culminar numa atitudes mais assertivas. Desde que bem conduzidos, porque dependemos da faixa etária, que nós nesta escola têm desde o sétimo ano ao décimo segundo ano. Portanto, eles têm que ser canalizados e tem que lhe ser, imediatamente, apresentado as causas, as consequências, a prevenção desse ato. Portanto, contando, tendo conhecimento de todos estes aspetos, pode-os conduzir a tomar atitudes mais assertivas e isso contribuir para uma melhor convivência, portanto, uma melhor saúde, em termos de comunidade educativa ou em termos de alunos. (CEpS EA5).

Portanto, permite criar condições, permite fazer chegar a informação, permite uma sensibilização, em suma, mais eficiente e mais agradável, e portanto os alunos têm mais facilidade em aceitar aquilo que nós temos de transmitir e, eles próprios, em seguir as orientações e as diretrizes. Apreendem melhor e vêm mais, percebem melhor qual é a intenção. (CEpS EB2).

Constituindo o carácter facilitador do acesso e transmissão da informação um dos atributos elementares das TIC, aspeto esse que se encontra perfeitamente enraizado no seio da sociedade contemporânea (Martínez, 2007), a constatação deste ser um dos aspetos mais valorizados pelos entrevistados no que se refere a integração da tecnologia educativa na saúde escolar não deverá ser, presumivelmente, estranha a este facto, contribuindo no entanto para, neste caso, facultar uma perceção algo ligada a um paradigma tecnicista, no que se refere à aplicação destes recursos tecnológicos neste processo educativo.

No entanto, pode-se verificar que as perceções expressas pelos entrevistados, no que se refere a este contexto em particular, revelam em muitos aspetos uma significativa compatibilidade com as asserções enunciadas nalguns quadros teóricos de referência, relativamente aos elementos de intervenção essenciais em termos de saúde escolar, no âmbito da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (HEN, 2006; Jensen, 2002), destacando-se os contributos facultados ao nível da promoção da saúde, nomeadamente no reforço de estilos de vida saudáveis e da extinção de comportamentos de risco.

Elementos associados a atividades enquadradas no âmbito da saúde escolar como as *competências de saúde individuais e para a ação*, as *ligações à comunidade* e os *serviços de saúde* (Leger *et al.*, 2010), encontram-se enunciados nos discursos dos entrevistados, revelando uma perceção comum relativamente a esta temática, cujo foco central será, sem dúvida, proporcionar aos alunos o ensejo de obterem de forma gradual e sustentada a capacidade de agirem em prol da sua própria saúde, demonstrando uma compreensão adequada relativamente aos múltiplos aspetos que com ela se podem relacionar, não apenas a nível académico mas também comunitário, no decurso da sua vida.

2.4 – Integração da tecnologia educativa na promoção da saúde

As múltiplas questões relacionadas com a saúde e os processos de incrementar a sua promoção representam uma dimensão com cada vez maior relevância na vida quotidiana, integrando por consequência as vertentes relacionadas com a educação para a saúde e, com maior especificidade, a saúde escolar, tendo como principal finalidade procurar melhorar qualitativamente a vida humana, através de ações que potenciem as competências individuais e coletivas para a gestão da saúde, fomentando concomitante a alteração e o desenvolvimento de hábitos, comportamentos e ambientes, que se traduzam de forma clara e decisiva em estilos de vida mais saudáveis (Costa & López, 2008; Quesada & Hernando, 2007).

Contemplando esta perspetiva integradora atribuída à promoção da saúde, alicerçada no enaltecimento dos diferentes elementos que intervêm de forma positiva na existência humana (Martins, 2005), é evidente que as intervenções que visem, a este nível, contribuir para a consolidação e desenvolvimento de melhores condições de saúde implicarão uma ação multidisciplinar e multisectorial, não sendo neste contexto de menosprezar os contributos que a tecnologia educativa poderá facultar, face ao papel central que as TIC vêm progressivamente desempenhando no atual contexto social, de forma generalizada.

Com o intuito de obter uma perspetiva global, integradora, no que se refere às conceções dos membros das ESE e dos DCEpS, estes foram questionados relativamente à forma como caracterizavam a incorporação da tecnologia educativa ao nível da promoção da saúde, enquanto elemento aglutinador dos conceitos anteriormente explorados, procurando desta forma entender como percecionam a sua associação e inclusão efetiva, nas intervenções desenvolvidas nos contextos educativos, em concreto.

As respostas facultadas pelos técnicos de saúde polarizam-se em duas dimensões principais, espelhando a aplicação das TIC ao nível da promoção da saúde enquanto meio fomentador da formação e como elemento aglutinador das práticas educativas, sendo destacadas, no primeiro caso, características como o seu potencial como material educativo, meio de transmissão de conhecimentos e de acesso e/ou produção da informação, e no segundo caso, aspetos associados ao contributo que facultam para a sistematização da atividade formativa e o aumento da respetiva eficiência.

Considerando os aspetos referenciados nos discursos dos membros das ESE, associados a uma visão da utilização da tecnologia educativa na promoção da saúde como recurso educativo, verifica-se que realçam a quase inevitabilidade quotidiana de utilização das TIC nas atividades desenvolvidas, reconhecendo a sua relevância na disseminação do conhecimento e na pesquisa atualizada, relativamente a qualquer tema que seja abordado, constituindo igualmente uma forma de promover uma maior aproximação aos alunos, visto englobarem uma área do seu interesse particular.

Eu, é assim, se percebi bem a pergunta, para mim acho que a tecnologia é uma forma de aquisição, de promover a aquisição de conhecimentos, não quer dizer, obrigatoriamente, que a aquisição de conhecimentos leva à mudança de comportamentos, eu acho que é preciso um bocadinho mais. Agora é uma das vozes para isso, na realidade, portanto, a tecnologia pode servir-nos, a nós, para transmitir conhecimentos, mas também pode servir-nos, para nós, para transmitir experiências externas e, inclusivamente, num ponto de vista emocional dá-nos mais qualquer coisa. (E3 SEA1).

E mesmo em termos de pesquisa tu, há sempre em qualquer tema, mesmo que tu domines o tema, tu vais sempre ver qual é a última atualização que há, em termos de informação. (E1 SEB1).

E penso que há sempre uma perspetiva bastante positiva, em termos de complementaridade, eu penso, hoje em dia é um bocadinho impensável nós pensarmos um pouco nas intervenções e nas ações de educação, é impensável, hoje em dia, intervirmos na escola sem estarmos, também, ao nível, a um nível avançado de utilização desses recursos. Porque hoje em dia os alunos utilizam estes recursos e estas tecnologias, nas suas apresentações, no seu dia-a-dia, e nós temos que estar ao mesmo nível, portanto, nós temos que evoluir, também, ao mesmo nível, e penso que as coisas têm que andar lado a lado, portanto, há uma

complementaridade. É impensável pensar, hoje, trabalhar com um grupo de alunos do secundário sem utilizarmos tecnologias (E1 SEB3).

Também no que se refere a esta dimensão, alguns dos DCEpS entrevistados, nas afirmações que proferiram, referem a dificuldade de dissociar as TIC de qualquer atividade desenvolvida na atualidade, enaltecendo as possibilidades que estas oferecem na produção de materiais educativos criativos e apelativos, bem como no acesso, preparação, apresentação e discussão de dados, simplificando os processos que se encontram inerentes à obtenção, análise e difusão dos saberes.

Eu no início tinha-lhe dito que os objetivos da educação para a saúde têm que ir muito mais além da transmissão de informação, não é? Portanto, levar a que as pessoas reflitam, provocar mudança de comportamentos, promover cidadania no nosso público-alvo. Muitas vezes são..., envolve situações e processos em que não é, de todo, utilizado tecnologia educativa, mas a tecnologia educativa, direta ou indiretamente, está sempre presente nestes processos. Vamos ver se eu me entendo, por exemplo, eu já lhe tinha dito, para transmitir informação de uma forma rápida, apelativa, todos os técnicos, toda a gente usa tecnologia educativa, mal ou bem usa. Com mais criatividade, com menos criatividade, todos nós recorremos aos audiovisuais, recorremos à Internet, recorremos a tudo. Hoje em dia eu acho que é muito difícil dissociar tecnologia educativa de qualquer atividade da sociedade, não é? Por exemplo, nós temos, por exemplo, sessões de sensibilização, que é uma das coisas que se faz na educação para a saúde, nas sessões de sensibilização, tecnologia educativa, aí é que a tecnologia educativa brilha, não é, porque nós temos que criar coisas apelativas, temos que chocar as pessoas, temos que as chamar a atenção, aí tudo bem. (CEpS EA1).

Então, as tecnologias permitem-nos criar novos materiais e divulgar, de forma muito mais eficiente, tudo aquilo que nós praticamos na parte mais da saúde. Portanto, é a divulgação, de motivação, como eu já tinha dito, e todas essas coisas. Portanto, a criação de novos materiais e a divulgação dos mesmos. (CEpS EB1).

No que respeita à outra perspetiva dominante nos discursos, associada a uma conceção mais ligada à aplicação da tecnologia educativa na promoção da saúde como um elemento de carácter mais operacionalizador, no âmbito formativo, os técnicos de saúde destacam nesta dimensão dois aspetos, um mais direcionado às questões englobadas na sistematização da atividade formativa e outro relacionado com o aumento da eficácia das intervenções desenvolvidas, em resultado da aplicação de TIC. Nas alusões que efetuam relativamente ao potencial da tecnologia educativa contribuir para uma abordagem sistémica, ao nível dos processos educativos desenvolvidos no âmbito da promoção da saúde, destacam a sua aplicabilidade nas diferentes etapas das intervenções desenvolvidas neste âmbito, possibilitando este facto uma melhor gestão do tempo e dos conteúdos a desenvolver.

Mas acho que já, conforme já estivemos a dizer até agora, acho que, de facto, nos ajuda em todo o processo, é uma grande ajuda, facilita-nos em termos, muitas vezes,

até de, gastamos menos tempo ou perdemos menos tempo, entre aspas, na preparação das, das intervenções que pretendemos. E depois, até mesmo, a avaliar as intervenções que fizemos, para percebermos da pertinência e da eficácia, que essas intervenções tiveram, portanto, acho que sobretudo ajuda-nos na gestão do tempo e, também, na gestão dos próprios conteúdos que queremos abordar. (E1 SEA5).

Acaba por estar presente em quase todos os momentos de uma ação, desde o princípio ao fim, e há ali uma parte, parece-me que, ao fazermos o plano de ação, já não fazemos à mão. (...) Ao definirmos os objetivos, também é na grelha, é no computador (E2 SEB1).

Quanto às referências indicadas pelos membros das ESE, sobre a forma como as TIC contribuem para melhorar a eficácia educativa das atividades efetuadas, ao nível da promoção da saúde, traduzem principalmente a relevância de aplicar estes recursos nas faixas etárias abrangidas no âmbito da saúde escolar, pela efetiva propensão que os jovens têm, atualmente, para a utilização destas tecnologias, tornando mais agradável a apropriação das mensagens facultadas, fator que poderá vir a influenciar a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Eu acho que estão interligadas porque, realmente, se, lá está, se melhorarmos com a, com a tecnologia existente, e se a utilizarmos da forma mais adequada também vamos, é assim, é tudo pelos comportamentos e atitudes, funciona muito, e pela, para mim é essa, essa dualidade. Quer dizer, utilizando-a de forma correta pode permitir que comportamentos mais, mais saudáveis e baixar, realmente, o risco de um, de comportamento, baixar o risco de um comportamento, principalmente na sexualidade e noutras coisas, baixa o risco. (E2 SEA1).

Eu acho que já foi tudo dito, mas realmente é, especialmente na faixa etária que nós trabalhamos, acho que a associação entre as duas é, pronto, é quase, é essencial e é mesmo bastante importante. Porque, pronto, devido, é aquilo que também, que já fomos falando, eles nesta fase da vida, os miúdos hoje em dia nós vemos como é que, como é que funciona tudo para eles. Eles são capazes de estar com dois ou três aparelhos à frente, funciona aquilo tudo, portanto, tem que ser, e através destas tecnologias nós conseguimos muito mais que eles façam, que eles pratiquem. E isso é uma coisa que eles, este, a população que nós temos hoje em dia, são miúdos que é pelo fazer, pelo começar logo, ali, a mexer, e isso tudo nós conseguimos desta forma, utilizando estes, pronto, esta tecnologia. Conseguimos muito mais, conseguir fazer coisas que lhes sejam agradáveis e que seja de acordo com aquilo que nós queremos. (E3 SEA5).

Relativamente à segunda dimensão identificada nas respostas obtidas, esta também se constata nas afirmações expressas pelos DCEpS, embora estes principalmente realcem a perspetiva que se encontra associada ao fomento que a tecnologia educativa proporciona, em termos do incremento da eficácia das intervenções formativas desenvolvidas neste âmbito, tendo nomeadamente em consideração o seu carácter atrativo, apelativo e transversal.

Nós, por exemplo, para fazermos, imagine que eu estou a fazer um rastreio, o simples facto de eu colocar um cartaz apelativo, atraí muito mais as pessoas a mim, portanto, nesse sentido a tecnologia é sempre utilizada. Agora para, foi o que eu lhe disse no

início, para transmitir inicialmente, de forma rápida e apelativa, informação acho que, plenamente, a tecnologia educativa deve ser utilizada. (CEpS EA1).

Primeiro, acho-a indispensável, imprescindível e foi um passo à frente, esta integração. E pode ainda não ser uma integração perfeita, mas a promoção da saúde não poderá viver sem a utilização desta tecnologia, destas tecnologias educativas. Portanto é indispensável, se quer ter sucesso, se quer atingir de forma clara os objetivos que se propõe, necessariamente terá de recorrer às tecnologias educativas. O que não significa que não se possa promover a saúde sem tecnologias educativas, não é? Mas os resultados não serão, necessariamente, os mesmos, o sucesso não será o mesmo. (CEpS EB2).

A distribuição algo dicotómica e similar que, de forma geral, se pode constatar no que respeita à questão colocada aos atores entrevistados, revela existir alguma consonância nas suas perspetivas, podendo-se afirmar que as duas dimensões principais de resposta apresentam alguma analogia com as perceções associadas à tecnologia educativa, quando aplicada na promoção da saúde, enquadradas em três eixos principais, enquanto *meio auxiliar educativo*, *processo educativo* e *estratégia de inovação* (Araújo *et al.*, 2012, p. 1890).

As linhas de resposta obtidas permitem associar a primeira das dimensões estabelecidas ao primeiro eixo, *meio auxiliar educativo*, englobando neste âmbito aspetos como a produção de materiais educativos, a transmissão de conhecimentos e o acesso ou produção de informação, e a outra dimensão ao segundo eixo, *processo educativo*, integrando neste campo elementos como a sistematização da abordagem educativa e a eficácia associada aos procedimentos de formação. Verificou-se no entanto não estar presente, nas respostas obtidas, qualquer constructo passível de ser integrado no terceiro eixo, *estratégia de inovação*, talvez por não serem ainda abordados, nesta fase, dados relacionados com a eficácia e impacto das ações desenvolvidas.

Considerando as conceções que vêm sendo analisadas, contempla-se a expressão por parte dos entrevistados de um conjunto de perspetivas que permitem, face ao posicionamento que assumem, entender as práticas de advogam como enquadradas numa visão característica de agentes de mudança, interpretados como atores cuja ação procura influenciar a tomada de decisões criativas, com o intuito de induzir comportamentos, hábitos e atitudes saudáveis, de acordo com os determinantes científicos e sociocomunitários estabelecidos. Estas asserções confirmam a pertinência da aplicação da teoria da difusão de inovações na promoção da saúde (Glanz, 1999; Rogers, 2003), pela relevância da reflexão sobre a forma como novas ideias, produtos e práticas comunitárias se desenvolvem no âmbito de um contexto social ou de um contexto social para outro, sendo este aspeto importante neste âmbito, por constituir um desafio relevante na implementação de estratégias inovadoras não só a este nível, como

também na prevenção, deteção precoce, tratamento e reabilitação da doença.

Tendo por base os trabalhos de Davis (1985) e Davis, Bagozzi & Warshaw (1989)⁸², estudos efetuados relativamente à aceitação da tecnologia no âmbito do desenvolvimento de intervenções em saúde, remetem-nos para a importância da educação, visando a aquisição e reconfiguração de competências de índole tecnológica, dos agentes que as operacionalizam ou promovem (Holden & Karsh, 2010; Ketikidis, Dimitrovski, Bath & Lazuras, 2012). O desocultar das perceções dos atores entrevistados relativamente à integração da tecnologia educativa no campo de ação da promoção da saúde, entendida como o espaço onde confluem as asserções em estudo mais diretamente associadas a esta área, assumindo *per si* uma clara relevância como elemento de congregação dos conceitos centrais do estudo, contribui igualmente para a clarificação das conceções dos membros das ESE e dos DCEpS, relativamente à aplicação da tecnologia educativa no âmbito da educação para a saúde, intenção primordial deste capítulo de análise.

Tendo sido definidas como principais estratégias e ações a implementar ao nível da promoção da saúde, durante a 7.ª CISPS (Lin *et al.*, 2009b), o *empoderamento individual: aprendizagem em saúde e comportamentos de saúde*, o *empoderamento comunitário*, o *fortalecimento dos sistemas sociais*, as *parcerias e ação intersectorial* e a *capacitação para a promoção da saúde*, sendo preconizada a utilização das TIC como forma de fomentar uma equitativa aprendizagem em saúde, assegurando um acesso abrangente a estes recursos tecnológicos e a capacitação dos técnicos de saúde e das comunidades para a sua utilização, contempla-se a importância de compreender a sua forma de aplicação na educação para a saúde e, mais concretamente, ao nível da saúde escolar.

⁸² O modelo de aceitação da tecnologia (*Technology acceptance model – TAM*) baseia-se na compreensão da relação entre variáveis externas de aceitação e a aplicação efetiva da tecnologia, constituindo a utilidade percebida e a facilidade de utilização percebida fatores essenciais para a adoção de comportamentos de aceitação das inovações que dela resultam. Os indivíduos tendem a utilizar (ou não) uma determinada tecnologia, se nela identificarem a possibilidade de melhorar o desempenho das suas atividades. No entanto, mesmo que esta seja percecionada como útil, a decisão de a empregar dependerá de outro fator, a facilidade de uso, pois se for considerada demasiado complexa, apesar da sua utilidade, a tendência será não utilizá-la.

Tema	Conceções sobre a Tecnologia Educativa e sua Aplicabilidade na Educação para a Saúde																							
Categorias	Valoração da Tecnologia Educativa (VTE)					Recurso de Educação para a Saúde (RES)							Aplicação na Saúde Escolar (ASE)							Integração na Promoção da Saúde (IPS)				
	Conceção de tecnologia educativa				Recurso de informação	Conceção de educação para a saúde			Integração na educação para a saúde				Conceção de saúde escolar			Integração na Saúde escolar				Recurso educativo		Processo educativo		
	Recursos / Mecanicista	Metodológica /	Conceitual	Contemporânea / Clássica	Acesso	Transmissão	Modificação de comportamentos	Responsabilidade individual	Hábitos de vida saudáveis	Mediação dos processos	Interação dinâmica	Multiplicidade de aplicações	Educação em saúde	Aluno / Comunid. escolar / Família	Ambiente escolar saudável	Recurso técnico	Competências ao nível de saúde	Ligação à comunidade	Serviços de saúde	Material educativo	Transmissão de conhecimento	Acesso/produção de informação	Abordagem sistemática	Eficácia educativa
E1 SEA1		•							•					•										
E2 SEA1					•	•							•	•			•				•			•
E3 SEA1	•	•	•	•	•		•		•					•	•	•	•				•			•
E1 SEA2							•	•																
E2 SEA2	•					•		•		•						•								•
E3 SEA2	•					•							•			•								•
E1 SEA5	•				•	•		•	•			•	•	•		•							•	
E2 SEA5	•				•		•		•					•			•	•						
E3 SEA5		•				•		•	•				•	•		•	•					•	•	•
E4 SEA5	•							•								•								
E1 SEB1	•						•					•		•					•			•		
E2 SEB1					•				•				•			•						•		
E3 SEB1							•															•		
E4 SEB1													•									•		
E1 SEB2								•								•								
E2 SEB2					•			•	•					•		•								
E3 SEB2		•											•	•		•						•		
E1 SEB3		•			•	•	•	•	•	•				•		•	•	•	•	•	•			•
E2 SEB3		•			•			•						•										
E3 SEB3	•						•						•			•								
TOTAL	8	6	1	4	8	4	8	7	9	2	2		9	11	1	12	5	2	2	1	2	1	5	6
TOTAL SE	5	4	1	3	5	4	5	4	5	2	2		6	5	1	6	3	2	2	1	1	1	3	4
CEpS EA1	•				•	•		•		•			•				•			•	•	•		•
CEpS EA2	•	•			•	•		•	•				•			•								•
CEpS EA5	•				•		•		•				•				•	•			•			
CEpS EB1	•				•	•		•	•				•			•				•				
CEpS EB2	•		•		•			•	•				•		•		•							•
CEpS EB3	•				•		•	•	•	•			•	•			•							•
TOTAL	6	1	1	4	5	0	3	3	6	1	0		6	1	1	3	3	1	0	2	2	1	0	4

Matriz de Síntese n.º 1 – Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde

3 – (Re)Configurando as intervenções de educação para a saúde: Influência da tecnologia educativa

Na sociedade quotidiana é impossível refutar o crescimento exponencial da utilização das TIC, facto que não estará de forma alguma dissociado das constantes evoluções técnicas que, nesta área, vimos assistindo e que têm decisivamente contribuído para incrementar a portabilidade, acessibilidade, fiabilidade e interatividade destes recursos, aspetos que, entre muitos outros, proporcionando uma vasta oferta de aplicações aos seus utilizadores lhes imputam um papel determinante na configuração das interações que estabelecemos, aos mais diferentes níveis, modificando decisivamente a forma como atuamos em dimensões como a social, laboral, formativa, lúdica, etc.

Perante a progressiva abrangência do espectro de influência das TIC, a sua inclusão no contexto educativo não pode nem deve ser encarada como um luxo ou um capricho, mas antes representar uma incorporação num espaço de desenvolvimento e empoderamento suportado pela tecnologia, em que devemos encarar e integrar a aplicação destes recursos como elementos de aprendizagem, ensino, colaboração, comunicação e capacitação, facto que não implica que deixemos de os assumir como uma ferramenta, mas sim potenciar o contributo que facultam na gestão da informação, abrindo uma janela para o mundo que, sem dúvida, aumentará a motivação dos alunos (Barron *et al.*, 2002).

Conforme já se constatou, a influência das TIC sendo transversal às diferentes áreas da sociedade faz-se também sentir, de forma óbvia, no âmbito da saúde, não constituindo uma exceção as vertentes relacionadas com a educação para a saúde e a saúde escolar, também ligadas aos contextos educativos, emergindo a possibilidade de explorar a multiplicidade de recursos que estas tecnologias oferecem numa perspetiva proativa, que possibilite (re)adequar os processos associados às ações desenvolvidas ao nível da promoção da saúde, mobilizando estratégias e competências que contribuam para melhorar a eficácia dos resultados obtidos, junto da comunidade escolar.

Caberá aos atores que detêm mormente responsabilidades de atuação nesse âmbito, independentemente de se encontrarem ligados à área da educação ou da saúde, assumirem de forma plena o seu papel na introdução e valorização destes recursos tecnológicos ao nível das

intervenções desenvolvidas (Kittleson, 2003), atitude que implica assumirem o interesse, a aptidão e a disponibilidade em desenvolver competências que lhes possibilitem explorar o potencial efetivo da tecnologia educativa, por forma a encontrarem-se devidamente capacitados para elaborar, adequar, modificar e utilizar estes meios, atendendo às reais necessidades das populações-alvo.

Considerando os aspetos referenciados, pretende-se compreender o modo como, principalmente, as ESE utilizam a tecnologia educativa nas atividades de educação para a saúde que desenvolvem nos contextos educativos (Figura n.º 22), bem como a perspetiva que os atores da comunidade escolar, mais concretamente os DCEpS e os alunos, têm relativamente a esta aplicação, às áreas temáticas abordadas, às formas de aplicação e às mudanças produzidas, entendendo ser relevante para a explicitação deste processo a caracterização dos diversos elementos que o constituem (Duffy & Thorson, 2009).

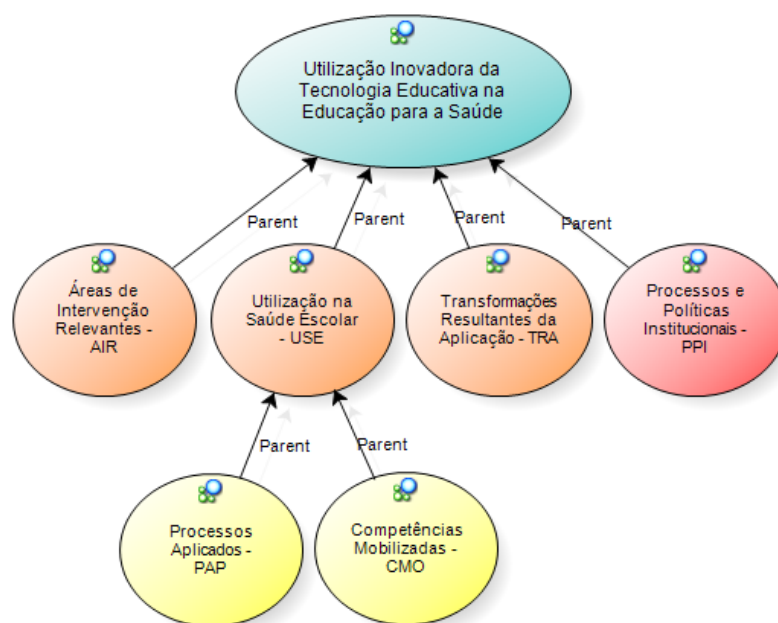


Figura n.º 22 – Modelo de análise do 2.º Tema das entrevistas (NVivo Versão 8.0)

3.1 – Aplicação da tecnologia educativa nas áreas de ação da saúde escolar

O PNSE constitui, na atualidade, um documento estratégico onde se encontra preconizada a ação das ESE, ao nível da “gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa”, visando desta forma contribuir para a consecução de uma

melhor saúde dos alunos e da comunidade educativa, atuando em dois eixos principais, “a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (MS-DGS, 2006, p. 6).

Com base nesta conceção foram definidas duas vertentes de ação prioritárias, em termos de implementação de ações de educação para a saúde, que voltamos a destacar, a promoção de estilos de vida saudáveis (saúde mental; saúde oral; alimentação saudável; atividade física; ambiente e saúde; promoção da segurança e prevenção de acidentes; saúde sexual e reprodutiva; educação para o consumo) e a prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco (consumo de substâncias lícitas; consumo de substâncias ilícitas; doenças transmissíveis; violência em meio escolar).

Face à constatação do potencial associado à literacia digital enquanto elemento de promoção da saúde, com significativa influência nos jovens, nomeadamente ao nível da redução de comportamentos prejudiciais à saúde (Bergsma & Carney, 2008), contemplando a utilização das TIC pelos diferentes atores no desenvolvimento de atividades no âmbito da educação para a saúde, pretendeu-se identificar quais as áreas de intervenção da saúde escolar em que era considerado mais relevante a utilização da tecnologia educativa.

Questionados relativamente a este aspeto, a generalidade dos membros das ESE contemplam uma perspetiva de utilização das TIC bastante alargada, verificando-se inclusivamente que muitos deles entendem que esta pode ser aplicada neste âmbito em qualquer das vertentes de ação prioritária enunciadas no PNSE, enquanto alguns consideram terem mais relevância na vertente mais relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis. Há também técnicos de saúde que apontam áreas mais delimitadas, como sendo mais propícias à utilização da tecnologia.

No que se refere à primeira perspetiva enunciada, constata-se que os discursos são muitas vezes algo sintéticos e incisivos, mencionando principalmente o facto da tecnologia educativa poder ser utilizada em todas as áreas da saúde escolar, havendo no entanto entrevistados que, não abdicando desta opinião, optam por explicitá-la e mesmo indicar alguns campos específicos de aplicabilidade, realçando a necessidade de rentabilização das intervenções efetuadas.

Todas, todas, até porque nós aqui não trabalhamos especificamente as áreas muito divididas, é assim, estar a falar de toxicodependência, doenças sexualmente transmissíveis, sem de sexualidade, sem falar de afetos, sem falar de comportamentos assertivos, sem falar de outras coisas, não vale a pena. (...) Até porque são doze áreas diferentes, no plano tipo, o Plano Nacional de Saúde, o que quer dizer que com os recursos humanos que nós temos não conseguimos trabalhar as doze áreas, as

doze, as doze atividades se não fosse assim, era impossível. (E3 SEA1).

Eu acho que se poderiam considerar todas. (...) Não consigo, eu não consigo ver qual delas é que eu não iria utilizar, em termos de tecnologia. (...) Há talvez uma ou outra, a gente pode utilizar mais ou menos, mas acho que em todas elas (E1 SEB1).

Pois, acho que não há assim propriamente uma área que se (...) consiga distinguir, não, aqui conseguimos e ali não, acho que todas as áreas. (E2 SEB1).

Os membros das ESE que enunciam como vertente principal de utilização a relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis, realçam a experiência que já detêm na abordagem de elementos integrados nesse âmbito, destacando mesmo alguns campos de ação específicos, englobados neste espetro de intervenção, onde a utilização da tecnologia educativa poderá ter um carácter mais incisivo.

Eu acho que na área dos estilos de vida, pronto, na, em termos da saúde oral, da alimentação saudável, a atividade física, educação sexual e reprodutiva, e até, às vezes, na educação para o consumo, também dependendo, também, do grupo. Mas acho que a área dos estilos de vida, sinceramente, é onde melhor se, se aplica e creio que terá mais pertinência (E1 SEA5).

Realmente, pronto, é uma área que nós, pronto, que acabamos por trabalhar muito e, realmente, temos evidências já e temos alguma já, alguma experiência da forma como os miúdos reagem, e da forma como podemos melhor planejar as intervenções. (E3 SEA5).

Alguns dos técnicos de saúde optaram por indicar, de forma mais concreta, algumas áreas de intervenção ao nível da saúde escolar, onde consideram verificar-se uma maior apetência para a utilização da tecnologia educativa, que se destacam como as mais referenciadas nas respostas obtidas, caso concreto da saúde sexual e reprodutiva e da saúde oral, realçando a especificidade que nalguns casos poderá estar relacionada com a sua abordagem, junto do público-alvo.

Que, se calhar, nomeadamente na sexualidade, não quer dizer que nos outros, a lavagem dos dentes, não seja importante, mas, se calhar, na sexualidade como, se calhar, ninguém anda muito à vontade, sejamos realistas, não é? E às vezes não é, não é, às vezes, muito fácil de abordar, e utilizando essas técnicas tecnológicas, se calhar, torna-se mais fácil, (...) penso que nesses, nesses temas em que, se calhar, também da nossa parte haveria alguma dificuldade, não é, que a gente tenta colmatar mas que existe, as novas tecnologias dão-nos, aí, (...) um empurrãozinho. Penso que nessas, principalmente na educação sexual, (...) são facilitadoras. (E2 SEB2).

Na minha área, basicamente na saúde oral, utilizo quase sempre, nomeadamente quer nas técnicas de prevenção das doenças orais, no método de escovagem, tal e qual como na, na educação sexual. (E3 SEB3).

Os DCEpS, quando confrontados com esta questão, na sua maioria expressam igualmente uma visão que abarca a utilização da tecnologia educativa na generalidade das

áreas, incluídas nas duas vertentes de intervenção prioritária definidas no PNSE, embora alguns tenham também respondido de forma mais restrita, destacando áreas como a alimentação saudável, o ambiente e saúde e o consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas. Os que optaram por indicar uma utilização abrangente das TIC, nas várias áreas de intervenção da saúde escolar, referem o carácter transversal que estas permitem nas abordagens efetuadas, destacando também a importância destas poderem serem direcionadas para as situações mais pertinentes, vivenciadas no seio da comunidade educativa, por forma a procurar responder de forma cabal e efetiva às reais necessidades de saúde das populações-alvo.

Eu penso que a utilização das tecnologias educativas, ela poderá ser útil e pertinente em qualquer uma das áreas da promoção da saúde, não me parece que haja uma, em particular, onde ela possa ser mais útil. Em qualquer uma delas parece-me que ela é, igualmente, útil. (...) Geral, transversal, exatamente. (CEpS EA2).

Porque a tecnologia educativa pode, na minha opinião, ser aplicada em todas as áreas, evidentemente, mas mais relevante, ora naquelas onde, e aqui no nosso contexto, que poderá ser diferente de outros contextos, e portanto ter outra relevância noutras realidades, mas aqui na nossa realidade julgo que é, atualmente deve ser muito parecida em todas as escolas do país e até a nível internacional. Ora, as áreas onde urge mais a utilização destas tecnologias, na minha opinião, são aquelas, portanto, onde nós assistimos a mais situações problemáticas. Será na área da educação sexual e reprodutiva, portanto, nomeadamente na prevenção das doenças transmitidas sexualmente, na área da maternidade e paternidade precoces, os comportamentos de risco, em geral, estou-me a lembrar também, fundamentalmente, do uso de substâncias psicoativas, quer lícitas quer ilícitas. Na área, também, do bullying, portanto, a violência escolar, na área da alimentação e da higiene individual e comunitária, essencialmente nestas áreas. Portanto, áreas de educação sexual, nas áreas das toxicodependências, na área, portanto, da violência escolar e, também, na área da higiene, porque uma vez a alimentação, também, está intimamente ligada à higiene, no seu conceito mais abrangente. (CEpS EB2).

Nos discursos dos docentes que optaram por facultar uma visão mais circunscrita das áreas de utilização da tecnologia educativa, neste âmbito, destacam alguns aspetos de carácter mais particular relacionados com campos de intervenção como, por exemplo, o da saúde sexual e reprodutiva, mais uma vez a vertente mais destacada, ao ser referida por todos os docentes, mencionando também a importância de procurar responder às principais necessidades evidenciadas pelos alunos.

Isto ainda é um mito, por incrível que pareça e até por desconhecimento meu, eu pensava que neste momento, que não era tão mito estes temas a serem tratados no seio familiar, mas é. E quando eu dou, inclusive, a gestação, a constituição dos aparelhos reprodutores, a gravidez na adolescência, isso é tudo motivo de vários risos, e que se vê perfeitamente que aqueles risos são motivados por a falta de à vontade de abordagem dos temas. Não é por gozo, não é por nada, é o não conseguirem, não estarem habituados a trabalhar objetivamente nesses temas, a falar deles com maior

naturalidade (...), portanto, tentamos sempre ir de acordo às necessidades da região onde estamos inseridos, da realidade do público-alvo. (CEpS EA5).

A alimentação (...) a parte da nutrição, por causa dos problemas da obesidade, diabetes, e a prevenção mais dessa área. Os consumos, na parte dos consumos, e também da educação sexual. (CEpS EB1).

Procedendo à análise das respostas obtidas através de questionário, aplicado aos alunos do 9.º ano de escolaridade, verificamos que a abrangência na abordagem de temas relacionados com as áreas de promoção da saúde, determinadas como prioritárias ao nível da saúde escolar no PNSE, referenciada nas entrevistas efetuadas aos elementos das ESE e aos DCEpS, se confirma nas respostas obtidas, constatando-se que todos os campos de intervenção enunciados no documento mencionado se encontram assinalados pelos alunos, embora com diferentes preponderâncias.

Das doze áreas estabelecidas no PNSE (MS-DGS, 2006, p. 17-18), mais de metade dos alunos indicam que oito já foram abordadas em atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, nos últimos três anos letivos, sendo de realçar o facto de seis delas serem referenciadas por mais de 75,0% dos alunos, valor bastante significativo, nomeadamente as relacionadas com as doenças transmissíveis⁸³ (95,4%), a saúde sexual e reprodutiva (92,3%), o consumo de substâncias lícitas⁸⁴ (84,2%), a alimentação saudável (83,2%), o consumo de substâncias ilícitas⁸⁵ (79,6%) e a violência em meio escolar⁸⁶ (78,1%).

Em sentido oposto foi referenciada a abordagem de quatro das áreas, por menos de 50,0% dos alunos, sendo de destacar as conotadas com a saúde oral (39,8%), a educação para o consumo (39,8%) e em último a saúde mental (34,2%). Estes valores dissociam-se de alguma forma das afirmações patentes nos discursos dos entrevistados, que valorizavam de forma global todas as áreas, sendo esta situação mais patente no que se refere ao caso da saúde oral, por ser uma área que, de alguma forma, era destacada por alguns membros das ESE, nas entrevistas realizadas.

Foi ainda assinalado nos inquéritos, embora por apenas três alunos (1,5%), a abordagem de outras áreas de promoção da saúde, em intervenções desenvolvidas neste âmbito, no entanto apenas um deles indicou as temáticas focadas, tendo incidido em aspetos relacionados com a violência no namoro e a orientação sexual, embora também tenha

⁸³ Infecções sexualmente transmissíveis [IST] / Vírus da imunodeficiência humana [VIH] / SIDA.

⁸⁴ Tabaco / Álcool / Uso indevido de medicamentos.

⁸⁵ Drogas / Toxicodependência.

⁸⁶ *Bullying* / Comportamentos autodestrutivos.

assinalado no seu inquérito ter participado em atividades em que foi focada a área da saúde sexual e reprodutiva (Gráfico n.º 5).

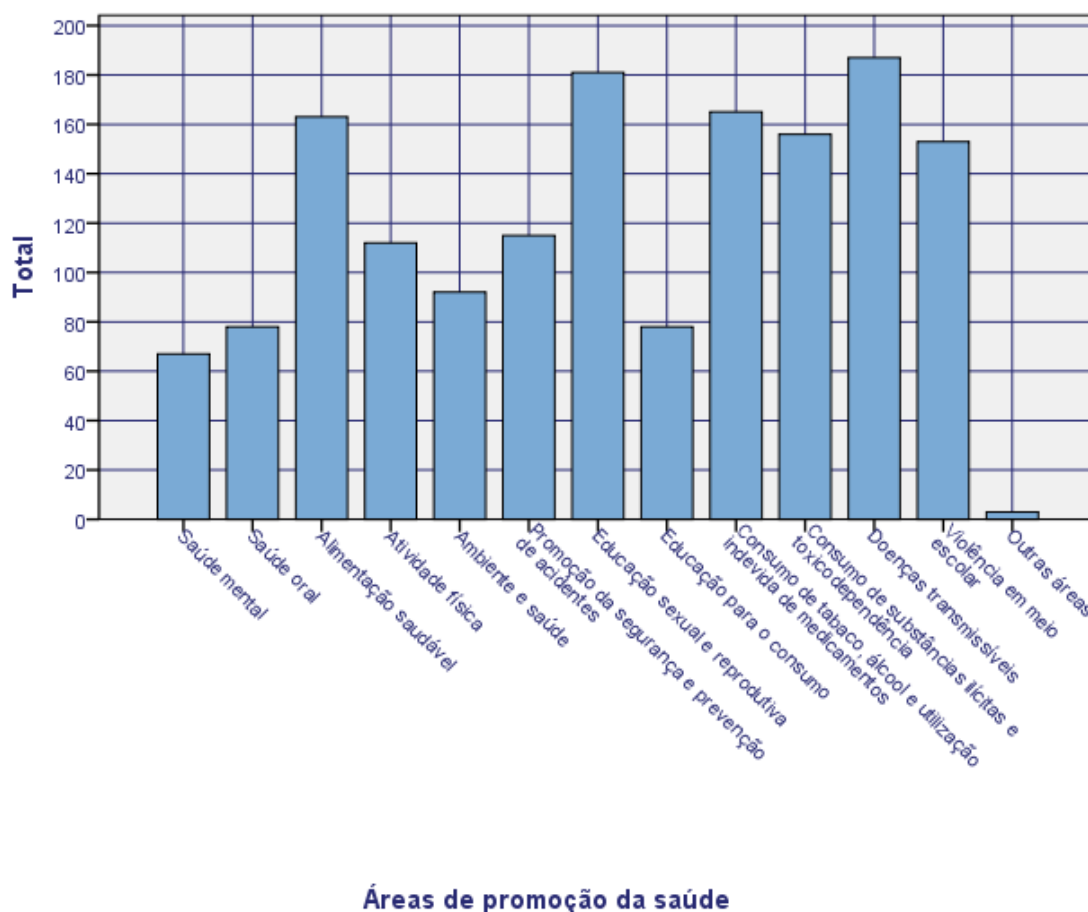


Gráfico n.º 5 – Incidência de abordagem das áreas de promoção da saúde (SPSS Versão 17.0)

A análise global dos resultados obtidos remete-nos para uma perspetiva de utilização consideravelmente ampla da tecnologia educativa, abarcando de forma mais ou menos transversal todas as áreas de intervenção da saúde escolar, definidas como prioritárias no PNSE, facto que permite depreender existir um claro assumir das responsabilidades que se lhes encontram outorgadas nesta área, por parte dos atores a quem estas competem, nomeadamente os técnicos de saúde que integram as equipas que intervêm neste âmbito e os docentes com função de coordenação da educação para a saúde, nas escolas.

Este aspeto deve merecer o devido destaque, pois existindo atualmente um pleno reconhecimento do impacto das condições de saúde no desempenho escolar dos alunos importa também assumir os benefícios que estas intervenções poderão ter no seu futuro, dado

que indivíduos cansados, mal nutridos, preocupados com a sua segurança e com baixa autoestima terão claramente menos oportunidade de efetuar com sucesso os seus percursos de aprendizagem. No entanto, desde que sejam atempadamente atendidas as suas necessidades de saúde estarão a ser-lhes facultadas as condições adequadas para o seu desenvolvimento físico, social e, obviamente, cognitivo (MDPH, 2007).

Em termos das áreas de promoção da saúde mais referenciadas será importante destacar duas, que podemos considerar associadas, a saúde sexual e reprodutiva e as doenças transmissíveis (onde se inclui a abordagem de aspetos relacionados com as IST, o VIH e a SIDA), por serem as mais referenciadas nas entrevistas, nomeadamente a primeira, e nos questionários, respetivamente por 92,3% e 95,4% dos alunos, facto que não se poderá certamente dissociar das orientações estratégicas que vêm sendo emanadas, em termos de política educativa (ME, 2005a; 2005b; Ministérios da Saúde e da Educação [MSE], 2010), visando a aplicação da "educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário" (Assembleia da República [AR], 2009, p. 5097), incluídos na rede pública, privada ou cooperativa de todo o território nacional.

Sendo evidente, face aos dados obtidos, assumir de forma efetiva a utilização da tecnologia educativa como um real contributo para o processo de educação sexual dos alunos, enquanto elemento facilitador da participação ativa dos diferentes atores envolvidos, numa perspetiva de abordagem multidisciplinar (Araújo *et al.*, 2012), considerando a globalidade dos resultados obtidos importa, igualmente, destacar a relevância da sua aplicação nas restantes áreas de promoção da saúde, reforçando o seu potencial de fomentar o desenvolvimento dos processos socioeducativos, possibilitando atualmente a transfiguração de diferentes espaços formativos em contextos multidimensionais dinamizadores das situações de aprendizagem (Hackbarth, 1996; Lippicini, 2005).

Sendo importante conhecer a incidência de abordagens das áreas de promoção da saúde, consideradas prioritárias no PNSE, será igualmente interessante identificar quais dos atores das áreas da educação e da saúde que, tendo intervenção na dinamização das atividades de promoção da saúde no seio da comunidade educativa, são efetivamente reconhecidos pelos alunos do 9.º ano de escolaridade como tendo uma ação mais relevante na abordagem de temas relacionados com a saúde, elemento que lhes foi solicitado que assinalassem, no questionário que preencheram.

No que se refere aos profissionais da área da saúde, apesar de no PNSE (MS-DGS, 2006, p. 8-9) estarem indicados onze técnicos deste âmbito, enquanto elementos que poderiam

integrar as ESE, no questionário optou-se por apenas designar sete destes técnicos, pelo facto de, durante o pré-teste, os alunos do 9.º ano de escolaridade que nele participaram terem tido dúvidas, relativamente à correta identificação dos restantes⁸⁷. Verificou-se que mais de 80,0% dos alunos indicaram ser o enfermeiro (82,1%) o técnico de saúde que com maior frequência costuma abordar na escola temas relacionados com a saúde, número com alguma expressividade ao constatar-se que os outros técnicos de saúde que indicaram, como tendo abordado estas temáticas com alguma frequência, foram o psicólogo e o médico, respetivamente assinalados por 53,6% e 37,8% dos alunos.

Em relação aos restantes técnicos de saúde, os alunos atribuíram uma muito reduzida expressão à sua participação neste âmbito, tendo inclusivamente sido indicados por menos de 10,0% dos alunos alguns profissionais de saúde, como o assistente social (7,1%), o terapeuta da fala (3,6%) e o fisioterapeuta (2,6%). Constatou-se, no entanto, que 19,4% dos alunos assinalaram a opção relativa a outros técnicos de saúde, não referidos no questionário, como intervenientes na abordagem de temáticas relacionadas com saúde no contexto escolar.

Tendo por base as treze áreas disciplinares especificadas na caderneta do aluno do 3.º ciclo do ensino básico (ME, 2011, p. 12), ao ser solicitado aos alunos que, à semelhança do que tinham feito relativamente aos técnicos de saúde, indicassem os professores das disciplinas em que eram usualmente abordados temas relacionados com a saúde, verificou-se que mais de 80,0% dos alunos indicavam que esta situação ocorria, predominantemente, nas aulas de Ciências Naturais (87,8%) e de Formação Cívica (80,1%), sendo estes valores que se podem considerar ter bastante representatividade, face à diferença significativa quanto à disciplina seguidamente assinalada, por 46,4% dos alunos, a Educação Física.

Nas restantes áreas disciplinares a discrepância foi bastante mais acentuada, sendo identificadas por mais de 20,0% dos alunos três disciplinas em que os professores também abordavam estas temáticas, nomeadamente Físico-Química (28,6%), Geografia (20,4%) e Educação Moral e Religiosa (20,9%). Por mais de 10,0% dos alunos foi apenas assinalada uma disciplina, Língua Estrangeira (13,3%), todas as restantes foram indicadas por menos de 10,0% dos alunos, com valores entre os 9,7%, caso da Língua Portuguesa, e os 5,1%, outras disciplinas não referidas no questionário. Importa ainda referir que 8,2% dos alunos indicaram serem outras pessoas, que não os técnicos de saúde ou os docentes, que com eles abordavam temas relacionados com a saúde no contexto educativo (Gráfico n.º 6).

⁸⁷ Higienista oral; Técnico de saúde ambiental; Psicopedagogo; Terapeuta ocupacional.

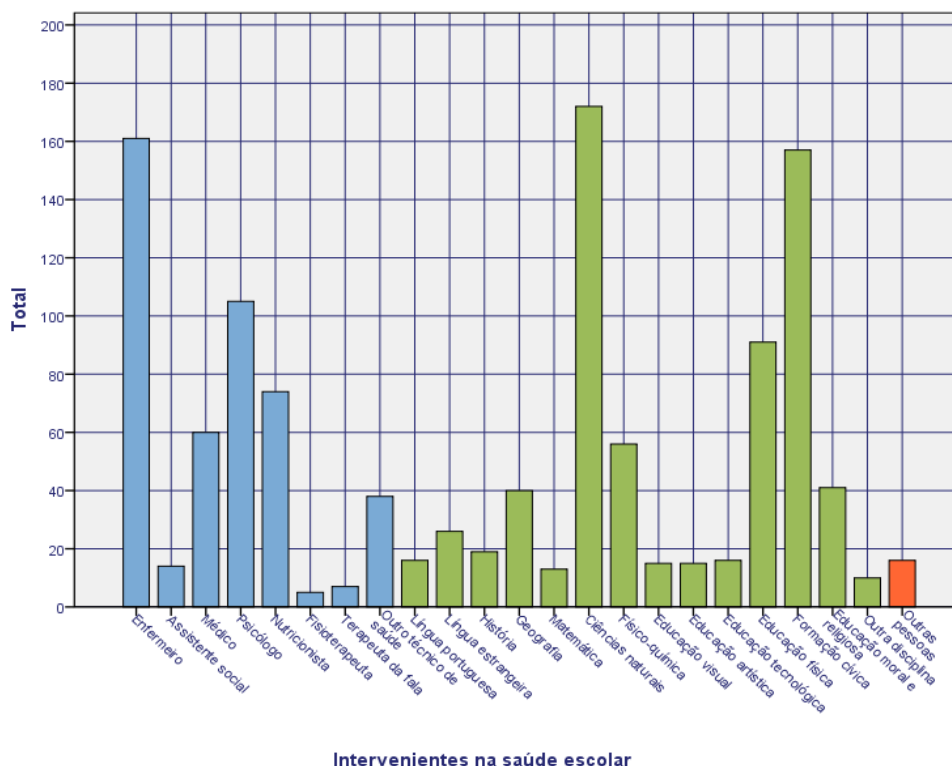


Gráfico n.º 6 – Incidência de abordagem por intervenientes na saúde escolar (SPSS Versão 17.0)

A análise global dos dados obtidos permite identificar três grupos de atores que, predominantemente, interagem com os alunos em intervenções onde são abordadas temáticas relacionadas com saúde na comunidade educativa, ao serem assinalados por mais de 80,0% dos alunos que preencheram o questionário aplicado, nomeadamente os enfermeiros (82,1%), no que se refere aos técnicos de saúde que atuam neste âmbito, e os professores de Ciências Naturais (87,8%) e Formação Cívica (80,1%), no que se refere aos docentes que lecionam as diferentes áreas disciplinares do 3.º ciclo do ensino básico.

A tendência que se verifica relativamente aos técnicos de saúde parece, no contexto do estudo efetuado, assumir alguma congruência se considerarmos que os enfermeiros, enquanto grupo profissional, encontram-se integrados na denominada “equipa nuclear de saúde escolar” (MS-DGS, 2006, p. 8) e que, para além dessa situação, são predominantemente estes os atores que constituem as equipas de saúde das UCC, entidades diretamente responsáveis pela operacionalização efetiva das intervenções de educação para a saúde que decorrem em contexto educativo (MS, 2008).

Já no que se refere à intervenção dos professores neste âmbito de atuação, continua a encontrar-se subjacente alguma consonância com os resultados globalmente obtidos nesta pesquisa, uma vez que pode ser contemplando o facto da área disciplinar das Ciências

Naturais se encontrar, inerentemente, relacionada de forma mais direta com asserções normalmente associadas ao campo de ação da saúde, sendo um elemento que corrobora esta situação o facto de se constatar que dos seis docentes a exercer funções de coordenação da educação para a saúde nos agrupamentos / escolas, que foram entrevistados, cinco eram precisamente professores desta área disciplinar (Notas de Campo).

Relativamente ao caso concreto da área disciplinar de Formação Cívica, enquadrada numa conceção associada à escola enquanto espaço de educação para a cidadania visando o fomento da formação pessoal e social dos seus alunos, verifica-se existir uma lógica subjacente ao facto desta área ser amplamente assinalada nos questionários como uma componente curricular onde se integrava a abordagem de temáticas relacionadas com a saúde, sendo esta perspetiva igualmente corroborada nalguns testemunhos expressos nas entrevistas efetuadas, tanto por parte de técnicos de saúde como de docentes.

E em B1a igual, e solicitam sessões, temas que eles acham que é pertinente, se estão a dar na formação cívica, na área de projeto, e muitas vezes telefonam, olhem, podem vir cá, falar nisto, neste momento, uma colaboração total com a escola. (E3 SEB1).

Mas sempre com horas marcadas, (...) são em disciplinas muito específicas, como é a formação cívica ou nalguma altura em que estamos mesmo a dar na parte das ciências estes temas (CEpS EA5).

Para já nós estamos limitados, também, no tempo letivo, porque nós só podemos ocupar a nível do tempo não letivo, ou seja, em formação é em formação cívica é o tempo letivo, que são só apenas quarenta e cinco minutos, ou seja nós só podemos fazer estas atividades em formação cívica. (CEpS EB3).

No entanto, constatou-se a eliminação desta componente curricular a partir do ano letivo 2012-2013, face ao preconizado pelo Ministério da Educação e Ciência [MEC], no Decreto-Lei n.º 139/2012, de 5 de Julho, que estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão dos currículos, da avaliação dos conhecimentos e capacidades a adquirir e a desenvolver pelos alunos dos ensinos básico e secundário, onde é afirmado que se pretende “que a educação para a cidadania enquanto área transversal seja passível de ser abordada em todas as áreas curriculares, não sendo imposta como uma disciplina isolada obrigatória” (MEC, 2012, p. 3476), opção aceitável mas discutível cujo impacto efetivo será relevante futuramente avaliar, nomeadamente no caso concreto da saúde escolar.

Apesar de se verificar uma considerável discrepância entre o número de alunos, mais de 80,0%, que assinalaram a ação destes intervenientes na abordagem de temas relacionados com saúde na escola, relativamente à dos restantes profissionais, em termos da visão de

conjunto efetuada será no entanto importante mencionar o facto de mais de um terço dos alunos indicar também no questionário a intervenção neste âmbito de outros técnicos de saúde, como os psicólogos (53,6%) e os nutricionistas (37,8%), e dos professores da área disciplinar de Educação Física (46,4%).

Complementando a análise já efetuada relativamente a estes dados, poderemos também fazer o seu enquadramento no âmbito do modelo mediático de comunicação em saúde (Duffy & Thorson, 2009), entendendo os valores mais significativos atribuídos às abordagens nas escolas de temas relacionados com a saúde, por parte de alguns técnicos de saúde e professores de áreas disciplinares específicas, como o aproveitamento por parte dos alunos das oportunidades que lhes vêm sendo oferecidas de obter respostas sobre aspetos associados a este âmbito, em termos de conectividade e acesso à informação, através de atores chave ao nível da saúde escolar, aspetos que podem ser entendidos como *necessidades de comunicação* e abordados com base na expressão das *diferenças individuais*, quanto ao interesse dos alunos em questões relacionadas com a saúde.

Não deverá causar também estranheza o facto de serem mais assinaladas pelos alunos as áreas disciplinares onde existe uma maior possibilidade de conexão a temas da área da saúde, constituindo momentos propícios para a transmissão eficaz de informações neste âmbito, facto que pode ser concetualizado como *abertura*. Será também relevante refletir, no que respeita às *vozes na comunicação em saúde*, a eventualidade de poder ser reconhecido nos técnicos de saúde e nos professores mais indicados pelos alunos uma *voz autoritária*, sendo a informação encarada como proveniente de alguém com credibilidade na área, ou uma *voz geradora*, se a informação facultada for assumida como proveniente de alguém que transmite a sua própria experiência relativamente à situação em causa.

Em todo este processo não poderá ser descurado o papel dos *recursos de media*, nomeadamente os relacionados com a tecnologia educativa, constituindo instrumentos facilitadores da transmissão da informação e do conhecimento, cuja atratividade para o público-alvo, neste caso os alunos, será traduzida pela satisfação das suas necessidades de acesso ao saber, nos momentos que lhes sejam mais oportunos. Será função dos atores intervenientes, nas atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, o desenvolvimento, seleção e utilização destes recursos, fomentando a aplicação das TIC neste tipo de ações de uma forma criativa e construtiva, que aumente a eficácia das intervenções de promoção da saúde realizadas ao nível da comunidade educativa.

3.2 – Utilização da tecnologia educativa na saúde escolar

A incorporação, que já constatámos, das TIC nos processos educativos, onde podemos englobar as intervenções de promoção da saúde integradas no âmbito da saúde escolar, não implica apenas a sua aplicação física, material, mas também o estabelecimento efetivo de inter-relações com os diferentes elementos associados às atividades de formação, sendo possível afirmar que os condicionam e por eles são condicionados, podendo-se apontar como exemplo a natureza dos conteúdos a ser abordados ou o próprio contexto em que as intervenções ocorrem, aspetos que determinam a sua lógica de utilização e a valoração que, obviamente, lhes será atribuída (González, 2007a).

Estas conceções remetem-nos para a relevância de focalizar a pesquisa relativamente à aplicação da tecnologia educativa nas asserções relacionadas com a sua aplicação prática, resultando de uma sequência lógica que parte da compreensão do modo como se procede à sua conceptualização, pelos atores em estudo, para depois destrinçar as suas representações no âmbito da prática desenvolvida, nomeadamente como se processa a sua utilização efetiva nos contextos educativos em que decorre a saúde escolar, não só enquanto meios de construção do conhecimento mas também de expressão do público-alvo.

Mas não será apenas relevante identificar como são utilizadas as TIC nestas atividades, mas também a forma como os atores envolvidos nas atividades de promoção da saúde, em contexto escolar, integram a tecnologia educativa nas suas práticas, construindo formas e estratégias de ação que implicam competências concretas, sendo importante reconhecer que a cadência com que ocorrem as constantes evoluções tecnológicas, na atual sociedade da informação e do conhecimento, é assumidamente diversa dos ritmos de aquisição e desenvolvimento das capacitações nestas áreas nos diferentes meios socioprofissionais, existindo no entanto o imperativo de responder às necessidades das populações, neste contexto extremamente dinâmico (Valverde, 2002).

Destas aptidões poderá depender não só o sucesso das intervenções desenvolvidas, mas também a rentabilização dos recursos tecnológicos disponíveis, tornando evidente a necessidade de modificação das dinâmicas que regulam a ação dos múltiplos atores intervenientes na saúde escolar, associando a sua própria evolução pessoal, social e profissional nesta área ao que conseguem instituir e promover no seio do público-alvo e da comunidade educativa, assumindo um papel dinamizador não só nas áreas da educação e da saúde como, também, na da tecnologia (Alava, 2000; Cuban, 1986; 2001a).

3.2.1 – Processos aplicados na utilização

A utilização da tecnologia educativa possibilita implementar estratégias de formação com um carácter distinto, comparativamente aos recursos educativos agora apelidados de convencionais, no entanto esta prática implica adotar metodologias em que a componente técnica intimamente se relaciona com a formativa, envolvendo uma postura crítica e reflexiva que contemple os diferentes componentes associados à situação educativa e que possibilite a adoção em cada situação das soluções mais adequadas, considerando a função que cumprem e como se relacionam com os restantes elementos associados ao processo, sendo evidente que progressivamente, com a prática, se vai melhorando esta utilização (Cebreiro, 2007).

Considerando as mudanças que vêm ocorrendo, em consequência do constante desenvolvimento e progressiva implantação do uso das TIC nos contextos educativos, que modificam a conceção tradicional associada ao processo ensino-aprendizagem, torna-se necessária uma apropriada compreensão da forma como a tecnologia educativa poderá contribuir para a criação de diferentes ambientes formativos, incrementando a motivação e o comprometimento dos alunos nesse processo, assumindo uma participação ativa e uma maior responsabilização pelo seu desenvolvimento integral, tendo por base uma maior autonomia na construção do respetivo conhecimento.

Neste aspeto, em particular, as TIC facultam uma multiplicidade de instrumentos que poderão contribuir para a transformação dos contextos de aprendizagem em ambientes ricos, interativos e centrados no aluno (Khvilon & Patru, 2002), operando modificações nas práticas formativas que, não tendo *per si* o poder de capacitar os alunos para enfrentar todos os desafios que lhes sejam colocados no futuro, ocorrendo de forma sustentada e sustentável poderão certamente contribuir para a edificação e consolidação de uma comunidade educativa adaptada aos reptos que quotidianamente lhe são colocados, ao estar inserida numa sociedade cada vez mais baseada no acesso ao conhecimento e à informação.

Na tentativa de compreender a forma como as ESE utilizavam os diferentes recursos quotidianamente associados à tecnologia educativa, nas intervenções que desenvolviam no seio da comunidade escolar no âmbito da educação para a saúde, questionámo-los a este respeito, bem como aos DCEpS, procurando que explicitassem os processos que aplicavam nestas ações, face às características do seu público-alvo, e as estratégias que elegiam para reforçar a eficácia das mensagens que transmitiam.

Os técnicos de saúde entrevistados, nas suas respostas, enquadravam a aplicação da

tecnologia educativa ao nível da saúde escolar em três dimensões principais, uma relacionada com a informática, englobando o carácter interativo das TIC e as possibilidades que oferecem no tratamento dos mais diversos dados, outra associada aos audiovisuais, abrangendo as apresentações multimédia e a utilização de diferentes tipologias de imagem e som, e uma dimensão a que ofereceram um menor destaque, integrando dois elementos centrais destas tecnologias, o acesso e transmissão de informação e de comunicação, aspetos que comumente se lhes encontram intimamente agregados.

No que se refere à primeira dimensão, nas entrevistas são principalmente destacados os aspetos associados com o papel de natureza mais interativa, usualmente atribuído às TIC, referindo a possibilidade de utilização de jogos, de CD-ROM's e/ou DVD's e eventualmente o quadro interativo, sendo eminentemente esta característica o elemento aglutinador dos discursos relativos a este aspeto.

Jogos, jogos interativos, ainda esteve um grupo de alunos, que acho que a Escola de Saúde tem na sua biblioteca algum material didático, feito pelos alunos, que também foi utilizado (E2 SEA1).

Também já utilizámos alguns materiais da Escola Superior de Saúde (...) DVD's. (E1 SEA2).

Sim, basicamente é isso, CD's interativos que, por vezes, também nos são fornecidos. (...) Pronto, temáticos e também de propaganda médica, muitos que servem mesmo para promoção de saúde, e às vezes têm alguns jogos que podemos fazer, por exemplo, nos mais novos (E3 SEB3).

Quanto à globalidade de aplicação facultada pelas TIC nas atividades desenvolvidas ao nível da comunidade educativa, enquanto instrumentos com uma dimensão multifacetada, alguns técnicos de saúde entrevistados indicam a possibilidade de serem utilizadas no tratamento de dados relacionados com as ações de promoção da saúde, bem como na planificação e operacionalização das mesmas.

No meu caso posso falar no Excel®, não é, aquilo que eu estava a falar há pouco, o tratamento dos dados que fazemos quando, quando fazemos rastreios de obesidade à população. (E2 SEA5).

Na planificação de projetos também, (...) para elaboração de material, elaboração do próprio projeto, portanto, acaba por estar presente em tudo, não é, desde o início ao fim. (E1 SEA5).

Sobre a segunda dimensão identificada, os membros das ESE realçam amplamente, em termos de utilização, os aplicativos multimédia, nomeadamente os elaborados através do Microsoft® PowerPoint®, referindo mesmo aproveitar e adaptar os materiais produzidos pelos

alunos do ensino superior, integrados em cursos da área da saúde, ao nível da sua atividade curricular em contextos de prática profissional, focando também a importância da adequação destes meios à idade do público-alvo.

Ah, os PowerPoint®'s, fazemos, fazemos pesquisa dos temas e, normalmente, utilizamos os PowerPoint®'s que fazemos ou, por exemplo, até alunos da Escola Superior de Saúde de X, que passam pelos centros de saúde fazem, (...) constroem, como fazendo parte da parte curricular deles, não é, também são valorizados, às vezes podem ser melhorados, alterados. (E2 SEA2).

Neste caso penso que ou o computador, não é, a utilização dum formato, apresentações em formato de PowerPoint®. (E4 SEA5).

Lá está, (...) a tal situação da idade, porque é diferente, é diferente não, também depende da maneira como nós concebemos a ação, porque eu até poderei utilizar a tecnologia com crianças pequeninas, basta fazer um PowerPoint® com imagens, e é suficiente, e vou falando e as imagens vão aparecendo. Com miúdos maiores poderei por umas palavras-chave, que eles já conseguem ler, imagens, não é, associar as imagens. (E2 SEB1).

Igualmente nesta dimensão, mais relacionada com os meios audiovisuais, os entrevistados indicam uma utilização significativa de recursos educativos baseados no binómio imagem (fixa ou em movimento) / som, referindo principalmente a aplicação de vídeos e fotogramas, destacando aspetos como a expressividade que estes facultam na abordagem de determinadas temáticas, tendo sido de novo mencionado o facto de alguns destes materiais terem sido produzidos por alunos do ensino superior, de cursos na área da saúde e, também, pelos próprios técnicos de saúde.

Depois os filmes, que utilizamos muitas vezes para as sessões de saúde sexual e reprodutiva, para uma população mais, por exemplo, os alunos do ensino secundário, em que passamos um bocadinho de filme, às vezes até feito por alunos da escola de saúde, e que depois abordamos a temática a partir desse filme, para os fazer refletir um bocadinho sobre o que é que se passa na prática. (E1 SEA5).

Estou a lembrar-me das doenças sexualmente transmissíveis, tu metes aquelas imagens horríveis, os miúdos ficam (...) Ainda agora há pouco tempo, houve uma amiga minha, que é professora, que nós lhe emprestámos um (...) material, e os miúdos, à noite, foram para casa pesquisar, porque ficaram escandalizados com aquelas imagens, porque são imagens reais. (E1 SEB1).

Pronto, (...) foi vídeo, (...) foi em projeções, pronto, tentámos utilizar com um projetor, para se ver maior, levamos colunas para o som também ser melhor. Isto, as novas tecnologias, não me lembro de mais, foi mais ou menos nesse aspeto. (...) Depois fomos criando nós umas coisas, fomos utilizando a voz de uma das filhas das enfermeiras para uns (...) vídeos, pronto, foi assim, cada um inventava sua coisa, mas foi utilizando, ao fim ao cabo, o computador (E2 SEB2).

Por último, os técnicos de saúde entrevistados abordam a aplicação das TIC como

recursos empregues no acesso e difusão da informação, fazendo referência à importância da apresentação de conhecimentos atualizados e pertinentes, como fator motivacional do público-alvo, inclusivamente exibidos em materiais impressos, constituindo um meio complementar às apresentações efetuadas no âmbito da saúde escolar.

Em relação a isto, gostava de acrescentar o seguinte, portanto, se nós estamos a veicular determinada informação e essa informação é uma informação nova, portanto, a informação atualizada, essa informação precisa de ser revestida, também ela, de alguma atualidade, porque pode perder, em termos de eficácia, especialmente de outro sector, se ela é transmitida por um método arcaico, não é verdade? Ou seja perante, nomeadamente, aquilo que está são as novas gerações, não é, nas novas gerações veem que o veículo de transmissão é antigo, não é apelativo, imediatamente desligam, o que é prejudicial porque a informação até pode estar, e deve estar, bastante atualizada, mas o condicionante dessa informação deve ser o mais atual possível. (E1 SEA2).

Então, para pesquisar, (...) para fazer a própria apresentação do tema, para fazer folhetos, que também utilizamos. (E2 SEB1).

Sobre a utilização destes meios tecnológicos, nas intervenções de promoção da saúde desenvolvidas em contexto educativo, como recursos que facilitam o estabelecimento de estratégias de comunicação, alguns dos técnicos de saúde entrevistados aludem à utilização do correio eletrónico na interação que estabelecem com os docentes, aumentando a rapidez dos processos de planeamento e evitando constantes deslocações às escolas, para este efeito.

O e-mail, também poderá ser considerado, não é, que muitas vezes é uma forma que nós temos de, com os professores, com a escola, haver troca de informação, não é, troca de dados. (E2 SEA5).

E até mesmo para planeamento, muitas vezes utilizamos o e-mail, por exemplo, para fazermos planeamento de datas e até, às vezes, de temáticas, que os próprios professores consideram importante abordar, quer seja para os alunos, quer seja para os profissionais das escolas, e isso leva-nos a poupar imenso tempo, em termos de deslocações. (E1 SEA5).

Na sequência do questionamento efetuado neste mesmo sentido, aos DCEpS, constatou-se que na globalidade das suas respostas era possível identificar as três áreas anteriormente mencionadas, no entanto era nitidamente facultado um maior destaque à utilização da tecnologia educativa neste âmbito enquanto recurso associado aos meios audiovisuais, sendo também amplamente mencionada a sua aplicação no acesso à informação mas não no que respeita ao estabelecimento de processos de comunicação interativa com os membros das ESE.

Considerando a área mais referenciada, em termos de aplicação das TIC na saúde escolar, todos os docentes entrevistados realçaram a utilização das apresentações multimédia,

nomeadamente aplicativos desenvolvidos em Microsoft® PowerPoint®, e também de vídeos elucidativos das temáticas abordadas, referindo serem integrados nestas ações alunos do ensino superior, de cursos da área da saúde, durante sua atividade curricular em contexto de prática profissional, aspetos já enunciados pelas ESE, constituindo estes recursos tecnológicos a base de dinamização das intervenções desenvolvidas.

As atividades têm sido realizadas, basicamente, têm recorrido sempre à exploração dos PowerPoint®'s. Inclusivamente, às vezes, a senhora enfermeira costuma vir acompanhada de enfermeiras estagiárias, que vêm da Escola de Enfermagem X, e ela aproveita o facto de elas estarem, para serem elas a dinamizar as sessões, e aquilo que tem sido utilizado são, basicamente, PowerPoint®'s e pequenas..., pequenos filmes, talvez de publicidade, pequenos filmes de sensibilização, coisas muito pontuais, de cinco minutos, no máximo. Basicamente muito, muito com os PowerPoint®'s, é a única coisa que tem sido utilizada. (CEpS EA2).

E usam, portanto, usam os meios audiovisuais, ou filmes que eles possam ter feito, ou diapositivos, e também metendo explicações, porque enquanto está a passar um filme ou enquanto estão a passar diapositivos, não está aquilo só a passar e a pessoa só a ouvir. Vão intervindo, com explicações, que eles possam pensar que não está a ser bem percebido aquele tema ou não, e quando aquilo acaba, ou então param em determinada altura, e fazem perguntas dirigidas ou dizem se perceberam e o que não perceberam. E sempre que algum aluno não está a conseguir acompanhar essa exposição, ele interfere, levanta o braço, diz qualquer coisa, e é parado aquilo que está a ser projetado, e é na hora explicado e, se for possível, vêm atrás para mostrar novamente o conceito teórico, acompanhado sempre de uma explicação prática. (CEpS EA5).

Geralmente utilizavam, portanto, o videoprojector, portanto, o projetor de dados, o PowerPoint®, as apresentações em PowerPoint®, algum filme, alguma animação. Em particular esses, mas não com muita frequência. (CEpS EB2).

São, no entanto, patentes nos discursos dos docentes aspetos, relacionados com os processos e estratégias utilizadas pelas ESE, que se revelam dissonantes da perspetiva global que emerge das afirmações dos técnicos de saúde, que apresentam um carácter essencialmente positivo quanto à aplicação dos recursos tecnológicos de natureza audiovisual no âmbito da promoção da saúde, facto que é, de alguma forma, colocado em causa pelos DCEpS. Neste sentido, são destacados aspetos relacionados com alguma limitação na exploração dos temas, apenas centrada nos elementos expostos ao nível do aplicativo multimédia, bem como o facto de, por vezes, ser utilizada na construção destes recursos educativos uma linguagem pouco adequada ao público-alvo, o que nitidamente tem repercussões ao limitar a efetiva compreensão da mensagem a ser transmitida.

Ora bem, a ideia que eu tenho é que, mais ou menos, todas as equipas, como eu já lhe disse, hoje em dia a forma mais rápida de tentarmos instruir ou transmitir qualquer coisa é usando esse tipo de tecnologias. E eu acho, é que é assim, o tipo de mecanismos ou de veículos que são utilizados, não são muito imaginativos,

porque hoje em dia há tantos, tantos, tantos mecanismos das tecnologias que não estão a ser explorados. Por exemplo, hoje em dia as coisas não se resumem a utilizar o computador ou a utilizar uma simples apresentação multimédia, não é? Aí é que eu acho que as coisas falham, por exemplo, eu, deixe-me ver se eu me consigo expressar. O que é que se usa normalmente, por exemplo, uma equipa prepara uma apresentação e faz um PowerPoint®, o que é que eu noto, que as coisas esgotam-se muito no PowerPoint®. (CEpS EA1).

Às vezes o que eu noto mais, e noto até nas enfermeiras mais jovens, ou nos enfermeiros mais jovens, e depois até me fico a questionar sobre esse assunto, que é o facto de terem dificuldade de ir ao encontro da linguagem dos alunos. Utilizam termos muito técnicos, muitas vezes, independentemente de utilizarem ou não o PowerPoint®, utilizam muitas vezes termos muito técnicos, e não têm a perceção de que os alunos não percebem aquilo que estão a dizer, pronto. Mesmo, às vezes até, quando são enfermeiros mais velhos, às vezes até percebo melhor, agora quando são jovens, eu penso assim, como é que ainda é tão jovem e não consegue perceber que os alunos não estão a perceber nada, do que está a querer transmitir. A nível dos PowerPoint®'s, às vezes acontece a mesma coisa, às vezes são muito..., muita coisa, muitos, muitos textos, com palavras muitas vezes técnicas, e nem sempre os alunos conseguem perceber a mensagem que está a querer ser transmitida. Não tanto pela utilização da tecnologia, mas pela linguagem que usam. (CEpS EA2).

Outra área, que os DCEpS referiram, tinha a ver com a utilização que era efetuada dos recursos associados à tecnologia educativa como instrumentos de acesso à informação, nomeadamente através de sítios de Internet com uma vocação eminentemente educativa, no âmbito da saúde, desenvolvidos com conteúdos e linguagem acessíveis aos alunos.

Muito a nível de trabalhos de pesquisa, que são realizados pelos alunos, há bastantes sítios na Internet com informação bastante acessível para os jovens, a nível do IPJ, mesmo do “Cuida-te”, há uma série de sítios na Internet que têm informação bastante acessível para eles. (CEpS EA2).

Do uso dos instrumentos tecnológicos que tem ao seu dispor, por exemplo, a escola, tem os computadores, tem a Internet, (...) do material que têm na escola. (CEpS EB3).

Finalmente, embora sejam aspetos que estes docentes mencionam com menos incidência nos seus discursos, abordam elementos como a interatividade associada à utilização dos atuais quadros existentes nalgumas escolas, associando este aspeto à multiplicidade de áreas de aplicação que a tecnologia educativa faculta, no quotidiano.

A nossa escola tem vários quadros interativos, temos Net em todas as salas de aulas, portanto nós recorremos muito das novas tecnologias para a exposição dos materiais, seja em que área for. (CEpS EA5).

É assim, as intervenções que elas têm, aqui a nível da escola, é projetarem e num quadro interativo é que fazem as suas coisas, é a nível do quadro interativo, (...) e até à data tem corrido bem. E nós não temos também, assim, nenhuns outros meios mais eficazes, utilizamos aquilo que temos, e tentamos sempre ter um computador, um projetor, e praticamente é as novas tecnologias que nós temos. (CEpS EB3).

Contemplando os resultados obtidos, junto dos alunos do 9.º ano de escolaridade, através do questionário que lhes foi aplicado, verificamos uma consonância bastante significativa comparativamente às informações obtidas através das entrevistas, especialmente no que se refere ao tipo de recursos associados à tecnologia educativa mais aplicados em atividades no âmbito da saúde escolar, sendo também neste caso a área relacionada com os audiovisuais a mais referenciada, nomeadamente através da utilização de apresentações multimédia, associadas ao Microsoft® PowerPoint® ou a *softwares* similares.

Efetivamente, entre as TIC que foram assinaladas pelos alunos como tendo sido utilizadas nos últimos três anos letivos, em intervenções de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade escolar em que se integram, os meios audiovisuais assumem claramente uma posição de relevo, verificando-se inclusivamente um valor extraordinariamente relevante no que se refere à aplicação de apresentações multimédia, elemento indicado por todos os alunos (100,0%), facto que inequivocamente reforça as afirmações dos restantes atores em estudo quanto a este aspeto, por ser também o mais destacado nas entrevistas efetuadas.

No entanto, pode-se também constatar que outros recursos tecnológicos, passíveis de ser englobados nesta área, são igualmente distinguidos de modo relevante, como é o caso das referências à utilização do vídeo (69,9%) e do diaporama (53,1%), sendo este um aspeto com um carácter também nitidamente congruente com os restantes dados apurados, pois os elementos relacionados com a dialética imagem / som são outro dos recursos mais destacados pelos atores que intervêm na operacionalização destas intervenções.

Considerando as outras áreas identificadas nas entrevistas, será de realçar o facto de os alunos assinalarem de forma relevante a utilização de páginas de Internet (69,4%) nas atividades desenvolvidas ao nível da saúde escolar, aspeto que podemos relacionar ao acesso à informação sobre as temáticas abordadas neste âmbito. Importa igualmente mencionar, uma reduzida referência no que respeita à aplicação de recursos informáticos, nomeadamente CD-ROM's e/ou DVD's com carácter interativo (20,9%), meios também pouco destacados nas entrevistas pelos DCEpS.

Apenas dois alunos (1,0%) assinalaram, nos inquéritos preenchidos, a aplicação de outras TIC nas intervenções desenvolvidas na comunidade escolar, no âmbito da promoção da saúde, indicando ambos ter sido utilizado como recurso formativo o Microsoft® Word. Não podendo ser, pelo muito reduzido número de indivíduos que indicam este aspeto, um elemento a valorizar de forma significativa, poderá ser associado às perspetivas que, também, apenas alguns entrevistados contemplaram relativamente à multiplicidade de usos, em termos

de tecnologia educativa, que estes meios facultam atualmente (Gráfico n.º 7).

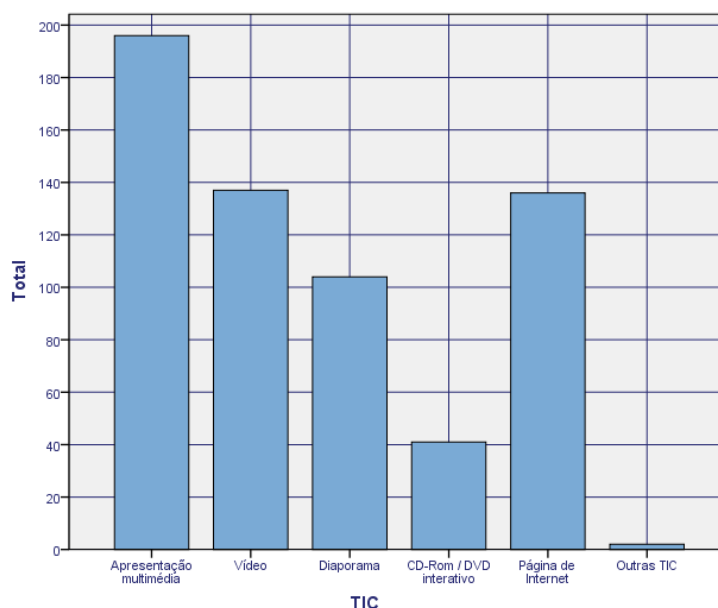


Gráfico n.º 7 – Incidência de utilização das TIC na saúde escolar (SPSS Versão 17.0)

Refletindo sobre os dados que foram analisados, é-nos proporcionada uma visão algo circunscrita, mas relativamente congruente, dos processos e estratégias adotados pelas ESE nas intervenções que desenvolvem no âmbito da promoção a saúde, contemplando a utilização de tecnologia educativa, integrando nitidamente estes recursos em três espectros de ação. O primeiro relacionado com os meios audiovisuais, integrando o recurso a aplicativos multimédia e de imagem / som, o segundo associado com o tratamento de dados, envolvendo aspetos como a interatividade e a multiplicidade de utilização das TIC, e o terceiro envolvendo o campo da informação e comunicação, abarcando a difusão do conhecimento e o estabelecimento de contacto entre os indivíduos.

Pode-se considerar que o facto da aplicação que se verificou dos recursos tecnológicos se ter enquadrado, globalmente, nestes três campos de utilização da tecnologia educativa poderá resultar da sua forte influência ao nível da aplicabilidade das TIC nos mais diversos domínios, pois constituindo intrinsecamente instrumentos eminentemente relacionados com o tratamento, processamento, transmissão e apresentação da informação, integrarão inevitavelmente no seu campo de ação atividades associadas à *informática*, ao *audiovisual* e às *telecomunicações* (Más & Quesada, 2005, p. 27-28; Silva, 2000, p. 279).

Com base nestas perspetivas, poder-se-á enquadrar no campo da *informática* os

aspetos identificados na primeira dimensão, relacionados com interatividade e as múltiplas possibilidades de tratamento e manipulação de dados, no campo do *audiovisual* serão englobados os elementos associados à segunda dimensão, abarcando a área dos diferentes sistemas de apresentação multimédia incluindo o uso da imagem e som, e no campo das *telecomunicações* as componentes englobadas na terceira dimensão, congregando o acesso à informação e o estabelecimento de comunicação.

Assumindo o peso na sociedade atual da influência dos domínios retratados, importa mais uma vez realçar a preponderância que, no contexto em estudo, os audiovisuais assumem enquanto recursos tecnológicos com ampla aplicação no âmbito da saúde escolar, contribuindo inevitavelmente para a (re)definição de processos e estratégias por parte dos atores intervenientes, facto amplamente patente nas entrevistas, constituindo a utilização destes meios um aspeto referenciado por todos os atores intervenientes neste estudo, ESE, DCEpS e alunos do 9.º ano, sendo esta uma circunstância com um carácter decisivamente significativo que, obrigatoriamente, implica destacar.

Sendo evidente a expressividade atribuída à utilização destes recursos, neste contexto de pesquisa, esta situação não poderá ser dissociada do facto de haver uma consciência latente, tanto na sociedade em geral como por parte dos agentes educativos, da preponderante influência que os meios audiovisuais atualmente detêm na configuração e reconfiguração dos padrões, atitudes, comportamentos e valores da comunidade, de forma global, e dos jovens, de modo mais particular (Area, 2009), não sendo de estranhar a utilização estratégica das TIC como forma de procurar influenciar os indivíduos, integrados num contexto cada vez mais dominado por uma cultura mediática.

Além destes aspetos, importa considerar a progressiva construção e disseminação de meios auxiliares de ensino, integrados no conceito do audiovisual, que pelo seu carácter dinâmico e facilitador da transmissão das mensagens se configuram como um instrumento manifestamente apelativo (Lal, 2005; Yadav, 2003), sendo importante relembrar que a sua utilização implica uma real capacidade de proceder ao seu apropriado enquadramento técnico e pedagógico, que torne efetiva e adequada a sua aplicação, contemplando a particularidade do contexto educativo e do público-alvo, evitando a adoção de procedimentos formativos menos adequados, como os referidos por alguns dos docentes entrevistados.

Trilhando o seu percurso de forma inexorável as TIC, conforme tem sucedido globalmente ao nível da sociedade, vêm estabelecendo progressivamente o seu domínio no âmbito da educação para a saúde, facto desde já evidente neste estudo, pela abrangência que

se vem verificando na sua aplicação nas mais diferentes áreas de promoção da saúde, através de múltiplos recursos tecnológicos, alicerçados no potencial de influenciar processos de promoção da saúde com impacto nos mais diferentes níveis de organização social, envolvendo os indivíduos, grupos ou comunidades.

Estabelecendo novas dimensões para os processos formativos, as TIC constituem um instrumento fundamental para facultar aos indivíduos, nas mais diversas áreas de intervenção, acesso a amplos recursos de conhecimento (Khvilon & Patru, 2002), no entanto, o papel de mediador do acesso à informação, que podemos associar ao dos agentes intervenientes na promoção da saúde em contexto escolar, implica a aquisição e mobilização de capacidades e saberes adequados a contribuir para um efetivo desenvolvimento individual e social, através da utilização dos atuais recursos tecnológicos, configurando-se a necessidade de delimitar o conjunto de competências indispensável ao desempenho cabal deste tipo de função.

3.2.2 – Competências mobilizadas na utilização

A aplicação das TIC em qualquer atividade de natureza educativa implica inevitavelmente a aquisição e mobilização de um conjunto de conhecimentos e capacidades, que muitas vezes representam para os atores que intervêm nas diferentes áreas de atuação formativa a necessidade de adoção de novos desafios e práticas profissionais, induzindo o imperativo de inovação e reformulação da forma como desenvolvem as suas ações, ajustando-as de acordo com as exigências dos tempos atuais, sendo este um processo que nem sempre decorre de forma fácil nem breve (Area, 2009; Barroso & Llorente, 2007).

A introdução de novas metodologias e estratégias educativas não pode nem deve ocorrer de forma espontânea nem impreparada, da qual muitas vezes resultam mais riscos do que benefícios ao nível das intervenções desenvolvidas, mas sim integrar-se num processo sustentado de planeamento sequenciado, tendo em consideração os meios disponíveis e a sua adequação às necessidades educativas existentes, abrangendo uma perspetiva ampla e dinâmica que possibilite encarar a tecnologia educativa como um recurso facilitador, tendente a contribuir para alcançar objetivos de aprendizagem concretos, em consonância com um modelo de desenvolvimento consistente e efetivo.

Considerando a rapidez com que ocorre atualmente o desenvolvimento tecnológico, face ao constante surgimento de novos recursos com aplicabilidade na área educativa, constata-se que a permanente necessidade de atualização de competências neste âmbito, sendo

essencial, é uma missão praticamente impossível perante o ritmo com que perdem a sua contemporaneidade que torna imprescindível, para responder a este desafio, a capacidade dos atores que intervêm neste espetro de ação estabelecer mecanismos de aprendizagem flexíveis em detrimento de um conjunto de conhecimentos muito rígidos e definidos.

O desenvolvimento deste tipo de competência terá uma importância essencial na atual sociedade da informação e do conhecimento (UNESCO, 2005), cujos pilares se alicerçam na capacidade dos indivíduos refletirem, questionarem e adaptarem as suas formas de aprender e atuar, com a maior rapidez e eficácia possível, integrando nas suas práticas os diferentes recursos tecnológicos que quotidianamente se encontram ao seu dispor. Perante o carácter transversal destas premissas, o campo de ação onde se integram as atividades de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade escolar não será, obviamente, uma exceção, sendo relevante compreender o posicionamento dos atores intervenientes face a esta realidade.

Neste sentido, questionou-se os membros das ESE e, seguidamente, os DCEpS, relativamente às competências que consideravam ser mais relevante deter para a utilização da tecnologia educativa ao nível da saúde escolar, pretendendo igualmente identificar as aptidões e atitudes que apontavam como fundamentais para uma aplicação adequada das TIC neste âmbito, bem como os principais domínios do conhecimento que consideravam poder, de alguma forma, contribuir para melhorar estes processos.

Nas entrevistas, efetuadas aos membros das ESE, constatou-se a articulação de discursos de alguma forma mais diretivos, mas ricos em conteúdo, nos quais eram eminentemente destacadas as competências que, de um modo consideravelmente direto e personalizado, estes técnicos de saúde entendiam encontrar-se mais relacionadas com o seu envolvimento e desempenho em intervenções associadas à promoção da saúde, em contexto escolar, enumerando diversas asserções que se perspetivou basicamente poder agrupar e enquadrar em três dimensões, mais concretamente as relacionadas com as competências de cariz técnico, cognitivo e comunicacional.

Numa primeira dimensão, os membros das ESE destacam eminentemente a necessidade de aquisição e desenvolvimento dos conhecimentos e aptidões que lhes permitam uma utilização adequada das TIC, implicando que tenham vontade e empenho em aprender, atualizar-se e evoluir nesta área, adotando novos procedimentos e integrando os recursos disponíveis, condições que manifestam ser necessárias para lhes permitir um nível de desempenho que corresponda às expectativas que consideram ser as do seu público-alvo, os alunos, a quem atribuem, muitas vezes, uma capacidade substancialmente superior à que eles

atualmente detêm neste âmbito.

Perfeitamente, como disse eu comecei com acetatos e agora estamos mais no PowerPoint®, o mecanismo de, aquilo que nós utilizamos para transmitir conhecimentos e para tentar modificar os tais comportamentos, tentar, vai variando ao longo do tempo e tem que se adaptar à população e à, digamos, à idade tecnológica. (...) À era tecnológica, não podemos continuar, neste momento, a sentar-nos ali e a falar ou a utilizar acetatos, isso é, para mim, é ridículo, quer dizer, para mim, pessoalmente, nem estou a por em questão outras coisas, para mim não é lógico. Porque fazer isso com jovens que estão habituados a ver televisão, a trabalhar em computadores, a jogar com computadores, teclam muito mais depressa do que eu alguma vez, na minha vida pensei em teclar (E3 SEA1).

Eu concordo com a colega, ia só acrescentar o seguinte, há uma grande necessidade de nós nos adaptarmos as tecnologias que vão aparecendo, não é, porque senão estamos desenhados da realidade e daquilo que eles esperam também, de nós, porque os miúdos estão muito à frente, não é? E então há uma necessidade de nós irmos acompanhando, não é irmos para lá ainda com coisas antigas, não é, temos que nos ir adaptando às novidades, portanto. (E2 SEA2).

Formação, pelo menos formação básica, para nós sabermos como é que devemos utilizar essa tecnologia, não é, se nós não, pronto, se não nos for fornecida, pronto, às vezes, em termos institucionais, nós vamos à procura dela, pelo menos tentamos fazer isso. Pode não ser mesmo como um momento formativo (...) formal, mas vamos tentar, pronto, saber como é que funcionam as tecnologias, pelo menos tentamos, entre todos, fazer isso. (E1 SEB1).

Eu penso que isso também é fundamental, porque não podemos pensar no velho do Restelo, que se mantém naquela posição e não quer evoluir, ou então pensar que só o seu método é que é o, o ideal. Portanto, eu penso que haver, também, uma relação, uma certa humildade, no sentido de saber até que ponto é que vai o nosso conhecimento a esse nível, e aquilo que nós não conseguimos, ou solicitamos também ajuda, porque, porque não fazer (...), eu acho que tem que haver uma certa abertura, tem que haver, tem que haver um espírito muito aberto, também. E, portanto, aberto à tecnologia, às novas, aos novos métodos, às novas, às novas, sei lá, a tudo o que nos aparece, não é, e que a gente consiga, realmente, adaptar à nossa realidade, que isso é fundamental, sabermos aquilo que nós temos, aquilo que nós podemos adquirir e que seja adaptado. Porque também há coisas que nós não conseguimos adaptar à nossa realidade, portanto, temos que ter, também, um bocadinho de bom senso, relativamente a isso. (E1 SEB3).

Noutra dimensão, relacionada com as competências de natureza cognitiva, é destacando pelos técnicos de saúde a importância de deterem os conhecimentos necessários para responderem de forma adequada e condigna aos alunos com quem interagem, no decurso das intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, referindo o facto destes se encontrarem mais atualizados, em virtude da facilidade quotidiana de acesso à informação proporcionada pelas TIC, facto que implica uma atualização permanente de conhecimentos, por parte destes profissionais, para que possam acompanhar e responder às solicitações que lhes são colocadas, durante as atividades que dinamizam nesta área de atuação.

E disponibilidade mental para se ir para uma, para ter uma reunião com os jovens e começar com, a falar de, sei lá, dos problemas da alimentação a acabar a falar de problemas de gravidez precoce. Pronto, a pessoa tem que ter a capacidade de ir, de poder agarrar no mesmo fio condutor e ir transmitindo as coisas de uma forma diferente, conforme a população que ali está. Porque irmos para os jovens, os jovens querem resposta imediata para aquilo que os preocupa, no momento, e não vamos pensar que vamos para um lindo sítio falar disto, porque a realidade é que isto, nós não sabemos o que é que eles precisam, pensamos que sabemos, pronto, que é diferente. (E3 SEA1).

Pois porque, eu ia só dizer o seguinte, porque os miúdos estão muito atualizados, não é, sabem o que é que é o mais atual e, depois, muitas vezes, já dizem, a enfermeira ainda trás isto assim, assado, e não sei como, isto já não se usa, e logo aí nós já começamos a pensar, espera, isto eles não vai nada de encontro aquilo que eles esperavam. E então temos que estar muito atentos, temos que, às vezes, ir à frente deles (E2 SEA2).

As competências, e depois era a capacidade de diálogo com os miúdos, a capacidade de empatia, até com os professores, não é? Porque há professores que nos recebem uns melhores que outros mas, ao fim ao cabo, começaram todos a gostar que nós lá fôssemos e, pronto, mas isso tem a ver com o ser enfermeiro e ser uma profissão de relação, acho eu. Isso, alguma tecnologia que se vai aprendendo e a capacidade que os enfermeiros têm de improvisar, acho que é (...) meio caminho andado. (E3 SEB2).

Eu acho que além dos conhecimentos é a vontade de ensinar (...) e a motivação de estarmos sempre a crescer, como profissionais (E2 SEB2).

Por fim, no que se refere à dimensão relacionada com as competências de natureza comunicacional, verifica-se uma distinta valorização dos aspetos enquadrados neste âmbito de capacitação, sendo significativamente mencionado pelos membros das ESE a pertinência de proceder a uma adequada articulação entre a tecnologia educativa e as características do público-alvo, destacando neste particular as aptidões de utilização destes recursos para estabelecer e desenvolver interações profícuas com os estudantes, tendo por base uma postura que contribua para uma eficaz transmissão da mensagem, de um modo cativante e motivador, tendo em consideração elementos como, por exemplo, a faixa etária a quem esta se dirige.

Porque para se utilizar a tecnologia, não é só saber utilizar a tecnologia, é depois ter capacidade, ter disponibilidade de poder agarrar naquilo que, na maneira como os jovens reagem durante o período expositivo da tecnologia, para poder depois interagir com eles. (E3 SEA1).

E depois temos que ter sempre em conta, lá está, a nossa população-alvo porque, se calhar, vem a tal história, não é só o ter ali as frases projetadas, temos depois que saber que volta lhe damos (...) Utilizando a tecnologia e utilizando, também, a maneira, a forma de estar na sala e de comunicar com os miúdos, acabámos por despertar o interesse deles e acabámos por conseguir desenvolver, ali, um bocadinho de discussão, por exemplo, com projeção de imagens, por exemplo, pronto. E isso também está relacionado com a forma como nós fazemos a própria ação, não é, o que é que nós, quais são os objetivos, lá está, que nós pretendemos

alcançar, temos que ter muito em conta isso, não é, em termos de aptidões, às vezes é sermos nós próprios, e deixar fluir. (E2 SEB1).

Eu penso que competência, a competência que devemos ter antes de, de apresentar qualquer tema é identificarmo-nos com o grupo, saber qual é o tema que vamos apresentar, conhecermos o grupo, irmos, um bocadinho, ao encontro daquelas necessidades, como pessoas e com aquilo que os rodeia. Todos os problemas que a sociedade tem a volta de cada grupo, aquele grupo específico, estou a falar, nomeadamente, em grupos identificados, posso falar, por exemplo, no PIEF⁸⁸, irmos ao encontro daquele grupo, muitas vezes é mais fácil primeiro falarmos, do que estarmos a apresentar qualquer tecnologia com, com determinado tema. Só depois adaptarmos essa tecnologia e adaptarmos, até, o próprio tema ao grupo, penso que é importantíssimo conseguirmos colocarmo-nos no lugar deles, ou de outro grupo, se estar nomeadamente a especificar o PIEF. Se falarmos, portanto, a nível da educação sexual, qual é o grupo que temos à nossa frente, e sentirmos que já fomos da idade deles e, e com os problemas que atualmente a sociedade alterou, está muito diferente, irmos ao encontro disso. Penso que é importante, antes da tecnologia estamos, somos pessoas, estamos a falar para pessoas, com muitos valores, com muitos sentimentos, e também com muitos problemas. (E2 SEB3).

No que se refere a este mesmo aspeto, os discursos dos DCEpS evidenciam uma orientação semelhante, destacando tal como os membros das ESE a mobilização de competências passíveis de ser integradas nas dimensões enunciadas, embora fosse dado um maior destaque às capacitações de natureza técnica e comunicacional, em comparação com as de índole cognitiva, enquanto fatores determinantes para uma melhor utilização da tecnologia educativa nas intervenções desenvolvidas neste âmbito.

No que se reporta às competências técnicas, mobilizadas nas ações de promoção da saúde desenvolvidas em contexto educativo envolvendo a aplicação de TIC, é evidente a relevância que, de forma geral, atribuem às aptidões que se encontram relacionadas com a correta utilização destes recursos, essenciais no seu ponto de vista para fomentar a eficácia das intervenções formativas desenvolvidas ao nível da saúde escolar, capacitações que nem sempre consideram encontrar-se patentes no seu decurso.

Se calhar é importante, em primeiro lugar, não só a nível da saúde escolar, como a nível geral, termos noção de que, às vezes, nós temos um pouco a ideia de que as tecnologias educativas são a utilização do PowerPoint®, são eu chegar ali e ler o PowerPoint®, e não é nada disso que se pretende. Lá está, pode ser um bom instrumento de trabalho, mas tem que ser convenientemente explorado, o manual escolar também pode ser um excelente instrumento de trabalho, se for bem explorado, pronto. E acho que é necessário ter algumas noções de quais são as potencialidades que as tecnologias educativas têm, e depois a forma como elas são

⁸⁸ PIEF (Programa Integrado de Educação e Formação) – Projeto implementado sob a égide do Ministério da Educação, visando contribuir para as aprendizagens dos alunos com impacto no seu sucesso educativo, diminuir o absentismo e o abandono escolar precoce, proporcionar contextos de orientação educacional e transição para a vida ativa, articular a ação da comunidade educativa com os parceiros sociais locais, constituindo um recurso efetivo para o desenvolvimento das comunidades (Notas de Campo).

exploradas, muitas vezes não têm muita experiência, a nível da exploração dos PowerPoint®'s. Usam-nos, em vez de tentarem transformá-los em algo apelativo, mais à base de imagens e que chame mais à atenção dos alunos, aquilo que eu estava a dizer, com muito texto, muita informação escrita, e não é de forma nenhuma aquilo que se pretende, numa apresentação em PowerPoint®. Portanto, é importante ter algumas..., ter noção de que, realmente, quais são as várias potencialidades que as tecnologias educativas têm, e ter alguma noção de como é que elas devem ser exploradas, porque as tecnologias educativas podem ser excelentes, mas se não forem convenientemente exploradas, não servem de nada. (CEpS EA2).

Para já, conhecerem bem a tecnologia e conseguirem lidar com ela, e trabalhar com ela, que às vezes é uma questão que não conseguem muito bem. (CEpS EB1).

Em primeiro lugar têm que ter conhecimentos ao nível, e como são muito utilizadas hoje em dia, ao nível das tecnologias de informação e da comunicação, isso é imprescindível. O uso do PowerPoint®, o uso dos recursos educativos digitais, em geral, na minha opinião é fundamental. (CEpS EB2).

Quanto às competências de natureza cognitiva, os docentes entrevistados mencionam a impreterível necessidade dos atores que intervêm no campo da saúde escolar se manterem permanentemente atualizados, perante a rapidez com que o conhecimento evolui quotidianamente, para que consigam responder condignamente às necessidades expressas pelo público-alvo destas ações, aspeto também referido pelos membros das ESE, sendo igualmente destacada a importância da capacidade de selecionar apropriadamente os conteúdos e avaliar a sua efetiva pertinência, considerando a informação que se pretende facultar aos alunos, ao nível das ações de promoção da saúde desenvolvidas.

Porque hoje em dia, eu acho que hoje em dia nós nunca vamos estar atualizados, as coisas correm muito depressa, e é aí, que hoje em dia, precisamente o nosso público-alvo passa-nos à frente. Aí é que está, para já, o problema. Muitas das pessoas que estão no terreno a fazer..., a fazer campanhas, que estão ligadas a equipas de saúde escolar, já são pessoas que estão nestas equipas há muitos anos, e ganharam determinados vícios, habituaram-se a determinadas formas de transmitir e de... Porquê? Porque isto é humano, pronto, não lhe estou a dizer..., é humano, portanto ganhou... O que é que acontece, a informação evolui de uma forma muito rápida, hoje em dia o conhecimento..., sabe disso, não é? Portanto, e primeiro as equipas têm que perceber uma coisa, que é quando eles pensam que estão a fazer qualquer coisa, têm que pensar que o público-alvo, em termos de tecnologias, está muito mais à frente. (CEpS EA1).

E nós temos que sempre tentar melhorar e há coisas, às vezes, que não estão muito..., apesar de tudo eu não tenho muita coisa a dizer, mas é assim, eles têm até à data feito um grande trabalho, com os alunos, mas por vezes há mais uma imagem que é mais adequada ao segundo ciclo, e outra não é tanto, não é tão adequada ao terceiro ciclo, por exemplo. Também temos que saber selecionar a informação e selecionar as imagens (CEpS EB3).

Contemplando também as competências de carácter comunicacional, são enunciados aspetos relativos ao conhecimento que os membros das ESE devem ter dos contextos

socioeducativos em que intervêm, para melhor poderem adequar a forma de construção e difusão das mensagens, incrementando a sua eficácia, através da utilização destas tecnologias, sendo inclusivamente mencionada a necessidade de uma participação mais ativa com os alunos, com o intuito de melhor perceberem a compreensão e eficácia das ações estratégicas implementadas nesta área, tendo em atenção aspetos também já referenciados pelos técnicos de saúde, como a faixa etária da população-alvo.

Depois há a outra parte que não tem a ver com a formação, que tem a ver com o bom senso, com a sensibilidade das pessoas, pronto aí... E depois há outra coisa que as equipas..., há uma competência muito importante, que é conhecerem muito bem a realidade local, saberem exatamente quais é que são os problemas locais, conhecerem muito bem o meio, o meio socioeconómico, conhecerem perfeitamente o tipo de, por exemplo, se as famílias dos alunos, que eles estão a tentar atingir, se são famílias que tem algum grau de instrução, se não tem, pronto. Mesmo para se usar as tecnologias é preciso ter um background muito grande (CEpS EA1).

Acho que aí só convivendo mais com os alunos é que acabam por ter a sensibilidade, a perceção de quando eles conseguem perceber ou não as coisas, eu acho que aí, só mesmo convivendo com os alunos é que se tem a perceção daquilo que eles conseguem e estão a apreender ou não. Porque, lá está, para mim que estou na sala de aula a assistir, eu consigo perceber perfeitamente o que é que os miúdos estão a perceber e o que é que eles não estão a perceber, para quem não está habituado a conviver com os alunos, já não será tão fácil, pronto. Por exemplo, eu sou professora do terceiro ciclo, tenho muita dificuldade, às vezes, em conseguir chegar ao nível dos alunos do primeiro ciclo e, lá está, com prática é que conseguiria fazê-lo melhor. Eu acho que aí também é uma questão de prática, e de conviver mais com os alunos, e de perceber mais, de compreendê-los melhor, ponto. (CEpS EA2).

E depois, também, grande capacidade de comunicação, utilizando esses recursos, portanto, acho que não é só importante que os dominem, como funcionam, também é fundamental que saibam como é que eles podem ser potenciados, como é que o seu uso pode ser utilizado para atingir mais facilmente os objetivos que se propõem. É essa essencialmente a minha opinião, não apenas como funcionam, mas saber como usar para fazer, para atingir o fim, a meta. (CEpS EB2).

Imprescindivelmente irá sempre existir uma correspondência recíproca entre o conhecimento tecnológico, que caracteriza uma determinada época, e os processos educativos, emergindo desta relação a procura de resposta para aquilo que os indivíduos necessitam aprender, os problemas que precisam solucionar, proporcionando mutações permanentes nas condições de vida em sociedade e no desenvolvimento de recursos que contribuam para a sua melhoria. Nestes processos impera a exigência do desenvolvimento contínuo de novas competências, sejam elas de índole pessoal, social ou profissional, fundadas numa aptidão fundamental, a faculdade de comunicação, imperando na atualidade, face ao desenvolvimento das TIC, a necessidades de edificação de novas capacidades, relacionadas com a colaboração e a gestão da informação (Azinian, 2009).

Reportando-nos aos dados obtidos, após a análise dos discursos dos atores entrevistados relativamente às competências mobilizadas pelos membros das ESE, nas intervenções desenvolvidas no seio da comunidade educativa, é relativamente congruente assumir a necessidade de integração de capacitações emergentes de diversos campos de ação nestes processos, verificando-se tanto por parte dos técnicos de saúde como dos docentes uma nítida valorização das competências principalmente relacionadas com os domínios técnico e comunicacional, embora tenham também mencionado, se bem que de uma forma menos destacada, as referentes ao domínio cognitivo.

Importa no entanto referir que, progressivamente, começa a estar subjacente nalguns dos discursos dos DCEpS uma postura crítico-reflexiva, relativamente à utilização das TIC pelos membros das ESE nas práticas que desenvolvem neste âmbito de intervenção, que não sendo evidente na estruturação das grandes áreas interpretativas, onde se constata uma ampla congruência entre os atores entrevistados, se encontra patente na dissociação que se perspetiva nas opiniões expressas, inclusive em elementos abordados anteriormente, sobre aspetos relacionados com a adequada seleção e utilização da informação disponível ou com o estabelecimento de estratégias apropriadas para uma transmissão apropriada das mensagens.

A associação que foi possível efetuar das competências que os atores entrevistados indicaram ser mais relevantes, para uma adequada utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, em três dimensões, integra-se coerentemente num quadro que relaciona a literacia digital com o gradual desenvolvimento de aptidões de natureza eminentemente individual, embora associadas a fatores ambientais e/ou contextuais. Na tentativa de organizar de forma estrutural esta conceção, perspetiva-se uma integração progressiva das diferentes esferas de competências que, tendo por principal alicerce os recursos tecnológicos disponíveis num determinado momento temporal e o(s) contexto(s) em que podem ser aplicados, proporciona primeiramente o desenvolvimento das capacidades relacionadas com o acesso e utilização das TIC, seguida das aptidões associadas com a compreensão, decomposição e apreciação crítica das asserções obtidas, e finalmente as competências que envolvem a comunicação, através da produção e difusão criativa das mensagens (Pérez & Varis, 2010; Pérez *et al.*, 2010).

No que se refere aos fatores ambientais, embora não tendo sido referenciados de forma explícita nas entrevistas realizadas, assumem um papel primordial na implementação e desenvolvimento de qualquer intervenção envolvendo as TIC, encontrando-se relacionados com aspetos económicos que permitam a disponibilização dos recursos necessários, a sua integração nas práticas formativas, as normas que regulam a sua aplicação em contextos

específicos e o incremento das políticas de alfabetização tecnológica (Figura n.º 23).

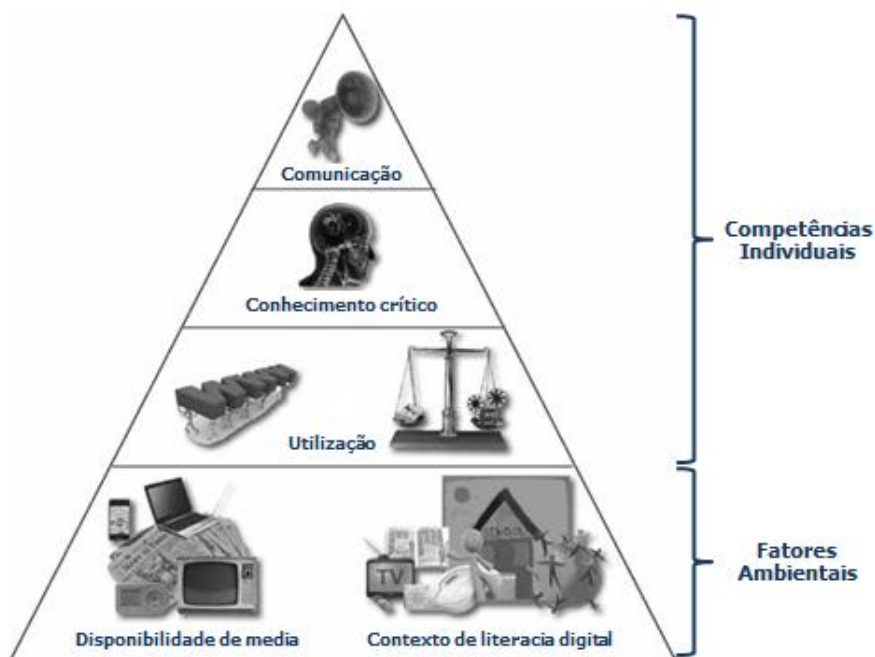


Figura n.º 23 – Quadro concetual da literacia digital (Fonte: adaptado de Pérez & Varis, 2010, p. 74)

Desta forma não é possível encarar a literacia digital de forma isolada, mas com um carácter pluridimensional, envolvendo de forma dinâmica diferentes fatores aos quais subjaz o imperativo de desenvolver um conjunto de competências interdependentes, que possibilitem uma participação efetiva dos indivíduos na sociedade quotidiana, onde as TIC têm um papel predominante, constituindo muitas vezes o contexto educativo um espelho da sua aplicação. Não será, portanto, de estranhar a forma aprofundada e incisiva como são criticamente apreciadas neste âmbito as intervenções dos atores, de diferentes áreas profissionais, que assumem o repto de procurar inovar o seu papel enquanto formador.

Em resultado da interligação dos discursos dos entrevistados e da perspetiva teórica apresentada, concebe-se um quadro de competências associado à aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar que abarca não só o seu domínio em termos instrumentais, mas também a aquisição e desenvolvimento de capacitações no âmbito da pesquisa, análise e seleção da informação, para além da capacidade de comunicação eficaz de conhecimentos e dados, passíveis de ser integrados cognitivamente pelo público-alvo. Pode-se assim relacionar este rol de competências com a conceção de literacia digital apresentada por Area (2009), que pressupõe a capacidade de utilizar as TIC e o *software* que se lhes encontra associado, de

obter, compreender e organizar a informação, bem como de comunicar e interagir socialmente através destas tecnologias, promovendo atitudes e valores que lhes confirmem pleno sentido.

Não se podendo, nem devendo, limitar a noção de literacia digital às capacitações relacionadas com o simples uso dos recursos tecnológicos, apesar da importância que atualmente é atribuída a esta aptidão, esta reporta-se atualmente a todo um vasto reportório de competências integradas a nível laboral, comunitário e social, constituindo um dos elementos essenciais de desenvolvimento individual e coletivo (Barroso & Llorente, 2007), implicando a compreensão plena das dinâmicas que se lhe encontram associadas, pelas claras repercussões e transformações que as TIC induzem, de forma global, na vida quotidiana e, em particular no âmbito deste estudo, ao nível da educação para a saúde.

3.3 – Alterações resultantes da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde

No atual contexto educativo o imperativo de integração das TIC, que advém da sua ampla adoção nas mais diversas áreas da própria sociedade, continua a representar um desafio aos conceitos mais clássicos de ensino-aprendizagem, induzindo de forma determinante transformações neste processo, nomeadamente ao motivarem uma inevitável redefinição da forma como os atores que nele intervêm acedem à informação e constroem o conhecimento, facultando um múltiplo espetro de recursos que permitem transformar os ambientes de formação, tradicionalmente centrados no professor ou formador, em espaços dinâmicos de saber, interativos e focalizados nos alunos.

Para que se concretizem e efetivem estas alterações, ao nível das conceções mais tradicionais associadas aos processos educativos, torna-se necessário procurar compreender as diferentes dinâmicas relacionadas com a forma como a tecnologia educativa poderá efetivamente fomentar o estabelecimento de contextos de aprendizagem mais atuais, nos quais sejam privilegiadas estratégias que visem a motivação e o comprometimento dos alunos, levando-os a assumir progressivamente uma maior responsabilidade relativamente à sua formação, permitindo-lhes simultaneamente ampliar a respetiva independência, em termos da construção dos próprios conhecimentos (Khvilon & Patru, 2002).

Será neste campo de ação, em permanente (re)adaptação, que os diferentes atores com responsabilidade no desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde, independentemente da sua área profissional de intervenção, deverão igualmente

enfrentar os desafios e as transformações que emergem em resultado da utilização das TIC neste âmbito, implicando muitas vezes repensar as formas de atuação na comunidade educativa, considerando o imperativo de aplicar estes recursos como uma forma de incrementar a qualidade das ações desenvolvidas e não apenas como um instrumento de conveniência, associado comumente aos hábitos quotidianos.

Não sendo atualmente possível negar o papel e influência das TIC nas intervenções que ocorrem ao nível da saúde escolar, dificilmente se poderá minimizar a sua utilização em resultado de uma menor apetência ou conforto, dos agentes formativos com responsabilidade nesta área, relativamente à sua aplicação, uma vez que é função de qualquer profissional a contínua atualização das competências essenciais ao adequado desempenho da sua função (Kittleson, 2009). A conjectura contemporânea sugere-nos que, como em múltiplas áreas de intervenção, o futuro da promoção da saúde irá estar associado à capacidade de utilização criativa e adequada dos recursos tecnológicos existentes, implicando uma ação ativa e participante dos atores que atuam neste âmbito nas transformações que se encontram inerentes às ações que contribuam para o empoderamento, individual (Kanj & Mitic, 2009) e comunitário (Laverack *et al.*, 2009), das populações-alvo destas intervenções.

Com o intuito de explicitar as transformações resultantes da utilização da tecnologia educativa nas intervenções de promoção da saúde desenvolvidas, inquiriu-se os membros das ESE e, depois, os DCEpS relativamente a esta temática, pretendendo-se igualmente apurar a importância que outorgavam neste âmbito específico às TIC, enquanto fatores de empoderamento a nível individual e comunitário, bem como a forma como perspetivavam as mudanças que estes recursos produziam nas atividades implementadas.

Na globalidade das entrevistas realizadas verificou-se, nesta categoria, a obtenção de respostas por vezes mais focalizadas, constatando-se mesmo no caso de determinadas ESE uma intervenção mais restrita a alguns dos seus membros. Foi no entanto possível identificar algumas tendências de respostas, referindo a ocorrência de mudanças ao nível das formas de obtenção e interpretação da informação, das atividades de elaboração e divulgação do conhecimento, dos processos de comunicação e relação interpessoal e, com menor expressão, do envolvimento no empoderamento individual e comunitário.

No que concerne às alterações ocorridas nos processos de procura, acesso e interpretação da informação, as respostas dos técnicos de saúde remetem-nos para a possibilidade de realização de pesquisas com maior amplitude, o que induz uma contínua atualização dos conhecimentos, implicando por vezes a necessidade de contribuir para

melhorar a perceção que o público-alvo tem dos dados que obtêm, sendo também referida a integração das TIC na gestão da informação que estes profissionais recolhem, nos rastreios que efetuam neste âmbito ou nos procedimentos que efetuam para avaliação da sua intervenção, ao nível de atividades de promoção da saúde.

Sim, e inclusivamente uma melhor possibilidade de aprofundamento dos conhecimentos dos jovens, ou seja, utilizando a tecnologia nós podemos pedir aos jovens para fazer pesquisas específicas. (...) Em que para eles é muito mais fácil, muito mais rápido a pesquisa, também têm inconvenientes, é que eles estão muito mais acessíveis às falsas informações, para nós obriga-nos a uma coisa, a termos mais humildade, porque aquilo que é branco hoje, amanhã é cinzento, e como tal, muitas vezes, nós temos que assumir que não sabemos. (...) Pronto, nós tínhamos que ter a capacidade e a humildade de dizer, de recuar, e temos, podemos utilizar perfeitamente essas tecnologias para ir a um maior aprofundamento dos conhecimentos e, muitas vezes, inclusivamente podemos utilizar recursos da Internet, que eles próprios podem ver. (E3 SEA1).

E depois na avaliação, muitas vezes até dos rastreios, como falou a colega, a utilização de programas informáticos que nos permitam fazer uma melhor gestão da informação, para termos alguns resultados, até nos questionários de satisfação que aplicamos, para sabermos da eficácia e da pertinência. E se, de facto, as, o público-alvo gostou, ou não, da forma como foram apresentados os conteúdos, se foram pertinentes, se foram apresentados de forma adequada, acho que utilizamos imenso nessas, nessas vertentes, e utilizamos variadíssima tecnologia. (E1 SEA5).

Basicamente, eu acho que a tecnologia, por si só, também, nestes casos, portanto, de saúde escolar não chega, porque é assim, todos os jovens, hoje em dia, têm acesso, portanto, a Internet, televisão, a tudo o que quiserem, não é? No entanto, quando um profissional de saúde se desloca à escola, não é, eu acho que deve-se complementar, juntamente, o profissional de saúde com um meio tecnológico que se está a utilizar, não é, porque o professor podia chegar ali e fazer ele a dinamização. Porém, aí, temos que marcar a diferença, não é, e tentarmos complementar o que estamos a apresentar e de valorizar o que nós estamos a apresentar, de forma a, realmente, também ser motivador para a população-alvo nós estarmos presentes. (E3 SEB3).

Relativamente às mudanças que indicam ao nível das metodologias associadas à preparação e divulgação dos conhecimentos, área a que consignam uma maior relevância, referem a facilidade que a tecnologia educativa confere aos processos de estruturação e apresentação das temáticas abordadas, tornando as intervenções mais atrativas e estimulantes para os alunos, contribuindo para melhor captar a sua atenção e, desta forma, tornar mais acessível a aquisição dos conhecimentos pretendidos, permitindo marcar de alguma forma a diferença relativamente às estratégias mais clássicas de formação a que estão, normalmente, mais habituados no seu quotidiano.

Eu penso que os meios ajudam muito, até mesmo nós, e na questão da estruturação do tema, por exemplo, fazer um PowerPoint®, não precisa de ser muito exaustivo, não precisa de ser demasiado técnico nem aprofundado, não é? Mas que toca nos pontos-

chave, que são aqueles que nós queremos, realmente, explorar mais com os miúdos e que as soluções sejam participativas, não só explicativas, portanto, demonstrativas, pesa muito, portanto, tem demasiada importância nos dias de hoje. Eu penso que sim, e já não vamos voltar para trás, penso que é sempre para a frente. (E2 SEA2).

Ia só dizer que, era aquilo que a E2 SEA5 acabou de referir, que talvez também só o facto de nós abordarmos e apresentarmos um, fazermos uma ação de forma diferente das aulas que eles têm, nomeadamente, por exemplo, do primeiro ciclo, que a professora está, escreve no quadro, e fala com eles e ensina. Só o facto de nós expormos a matéria, matéria, quer dizer, fazermos uma ação de forma diferente torna logo, há uma forma de cativar os alunos de maneira diferente e eles gostam muito mais, o facto de haver bonecos, e haver imagens, e músicas, e canções. (E4 SEA5).

Os meninos são diferentes, antigamente os meninos, a gente, só de ir lá a senhora enfermeira, eu lembro-me, de quando ia lá a senhora enfermeira, e eu era criança, estava tudo em sentido, aquilo a senhora falava e a gente olhava para ela. Hoje em dia não, eles comunicam muito mais connosco, têm muito mais à vontade, nós levamos coisas que eles gostam de ver, se nós levamos alguma coisa que os cative, então temos tudo o que queremos deles. Não tem nada a ver com o que era antigamente, lá com a história dos acetatos no meio do chão, isso tanta vez que acontecia, nós agora não, nós vamos, fazemos um bom filme ou se falamos de um tema engraçado (E3 SEB1).

São também mencionadas, por alguns membros das ESE, transformações ao nível da comunicação e da relação interpessoal, em resultado da utilização destes recursos tecnológicos ao nível da educação para a saúde, nomeadamente no que se refere a uma maior participação e envolvimento dos alunos nas intervenções desenvolvidas e ao incremento das interações que se estabelecem na própria comunidade educativa, contribuindo para aumentar o impacto efetivo das temáticas de saúde que são abordadas neste tipo de ação.

Eu acho que é a maior participação dos alunos na, a interação entre, realmente, quem está a dar ou a formação ou a sessão e os alunos, eu acho que é a interatividade, portanto, neste momento acho que é o melhor que, que se consegue, que se tem (E2 SEA1).

Acho que sim, porque sendo esta, a tecnologia educativa algo para nos ajudar a utilizarmos meios mais atrativos e até interativos, acaba por o impacto que os, a forma como os temas são tratados acaba por ter um impacto maior na comunidade escolar, sejam eles alunos, professores ou auxiliares educativos. (E1 SEA5).

Contudo, com o evoluir e a possibilidade de utilizar estes recursos, a atenção e o envolvimento, e cá está, e também esta evolução tecnológica, que tem havido nos últimos anos, os próprios alunos também se deixam envolver, se a tecnologia estiver adaptada aquilo que eles já estão habituados. (E1 SEB3).

Os contributos que a aplicação da tecnologia educativa no âmbito da saúde escolar tem proporcionado para o empoderamento, individual ou comunitário, são um aspeto abordado apenas de forma algo paralela, considerando a globalidade dos discursos, sendo mencionados de uma forma muito sucinta e transversal por somente dois dos técnicos de

saúde entrevistados, referindo de forma implícita uma maior intervenção e responsabilização dos alunos nos processos de obtenção de saberes.

Uma participação mais ativa deles, (...) na própria aquisição do conhecimento. (E1 SEA1).

E por vezes, também consegue-se, em lugar de sermos nós só a transmitir a mensagem, que sejam eles, com a identificação da situação, que sejam eles, exatamente, a consciencializarem-se e serem eles a, a trabalhar um pouco a temática, e é isso que nos interessa, também, é esse dinamismo. (E1 SEB3).

Os discursos obtidos nas entrevistas efetuadas aos DCEpS, relativamente a esta mesma temática, permitem na generalidade extrapolar o conjunto de propensões de resposta evidenciadas pelos membros das ESE, verificando-se que destacavam principalmente as transformações relacionadas com a obtenção e interpretação da informação, a elaboração e divulgação do conhecimento e o empoderamento, individual e comunitário, não fazendo qualquer menção às mudanças relacionadas com a comunicação e as relações interpessoais, ao contrário dos técnicos de saúde que conferiram algum destaque a este aspeto.

Quanto às alterações ao nível da pesquisa, acesso e interpretação da informação, que consideram ser positivas neste âmbito, fazem referência à possibilidade de aceder facilmente a dados recentes através dos diversos recursos tecnológicos disponíveis, inclusivamente sobre factos reais que poderão encontrar-se relacionados com temáticas que interessa abordar, e aplicá-los utilizando metodologias que possibilitem proceder à sua discussão e compreensão, considerando não dever restringir esta possibilidade de exploração das TIC somente aos alunos, mas ampliá-la de modo a abarcar toda a comunidade educativa.

E inclusive podemos pegar, já que temos a Net, em notícias de ontem, portanto coisas completamente atuais, e ir trabalhá-las. E há coisas engraçadas, que às vezes o mesmo tema, dependendo dos canais em que é, o canal de informação, seja ele por escrito, em jornais, seja os canais da TV, seja nos canais da parabólica, ou das Nets, ou de não sei quê, às vezes o mesmo tema é abordado de maneira que o resultado final, para o público-alvo que nós temos, até é interpretado com versões completamente opostas. Ah, mas não foi isso que disse, em tal parte, e aí abre-se então a discussão e a descodificação do problema. (CEpS EA5).

Positivas, positivas. Têm-se caminhado, relativamente há alguns anos atrás, há uma década atrás, os passos têm sido gigantes, evidentemente, não só pelas tecnologias, mas também pelo uso das tecnologias por parte de grupos como o meu, entenda-se, mesmo pelo próprio uso e pelo acesso à informação que o próprio público, os próprios alunos e que as outras pessoas, para as quais estão dirigidas, também. Estou sempre a falar nos alunos, mas não tem que ser apenas os alunos o público-alvo, não é? Os funcionários, os docentes, a comunidade, em geral, também deve ser, evidentemente, o público-alvo deste tipo de promoção. (CEpS EB2).

Sobre as transformações produzidas nos procedimentos de organização e difusão dos

conhecimentos, no decurso das entrevistas dos docentes é assumida uma posição crítica, aludindo ao imperativo de existirem as capacitações necessárias para explorar adequadamente as TIC ao nível do processo ensino-aprendizagem, enquanto fator determinante para o efetivo sucesso da sua aplicação na divulgação dos saberes, embora considerem ser recursos que permitem uma visualização mais facilitada e dinâmica das mensagens transmitidas, contribuindo decisivamente para melhorar a sua apreensão pelo público-alvo.

Eu posso ir fazer um..., eu posso ir fazer uma sessão, aos miúdos, em que lhes explico, em que estou a dizer às crianças, olha cuidado com o álcool, cuidado com as drogas, não sei quê, e posso estar uma hora a falar. Mas imagine que eu mostro uma imagem da, daquela cantora que morreu, da Amy Winehouse. (...) Mostro o antes e mostro o depois, entende? Então, é assim, a tecnologia pode manipular muito a forma como as pessoas vão perceber mentalmente um problema, e como é que elas vão conseguir visualizar um problema. (CEpS EA1).

Eu acho que tem muito a ver com a forma como é desenvolvido o processo de ensino-aprendizagem, a tecnologia educativa pode ser um ótimo instrumento de trabalho, pode ser um excelente recurso, mas se nós não soubermos explorar aquele recurso, não serve de nada. Volto a referir, é a história do manual escolar, pode haver um professor que só usa o manual escolar, e pode ser um excelente professor, e há outro professor que só usa as tecnologias educativas, e ser um péssimo professor. Portanto, não tem..., tem muito a ver com a forma como nós exploramos os recursos que temos, não com os recursos em si. (CEpS EA2).

Merecem também destaque, por parte dos DCEpS, as possibilidades que a tecnologia educativa, quando aplicada na promoção da saúde, oferece para o empoderamento da população-alvo, a quem se dirigem as intervenções desenvolvidas, referindo no entanto a dificuldade em perceberem o seu real impacto, pelo facto das modificações efetivas nos comportamentos apenas se verificarem a médio ou longo prazo, apontando como exemplo neste âmbito as atuais políticas de educação sexual nas escolas, mas admitindo a capacidade de desenvolvimento autónomo como uma característica potencial que se encontra inerente aos indivíduos que são alvo de intervenções neste âmbito.

Bem, eu tenho muita dificuldade em perceber quais os impactos que a educação para a saúde tem a nível dos comportamentos dos alunos. Tenho muita dificuldade em perceber porque é algo que nós não conseguimos ver os resultados, perceber os resultados, a curto prazo. Médio, longo prazo é que poderemos ter uma noção de que forma, por exemplo, agora da educação sexual, em particular, que é uma coisa que agora foi legislada há pouco tempo e que é obrigatório nas escolas. Não é este ano, nem para o ano, nem nos próximos quatro ou cinco anos, que nós vamos ter a noção dos resultados da educação sexual nas escolas, portanto, a nível geral, já é muito difícil ter a perceção de que, a curto prazo, quais os resultados que se conseguem. (CEpS EA2).

Mas têm-se avançado muitíssimo, porque o próprio público-alvo tem um acesso muito mais fácil a essa informação, que nem sempre é uma informação fidedigna,

é preciso saber escolher as fontes de informação. Mas se forem bem orientados, julgo que individualmente, autonomamente, as pessoas também conseguem enriquecer-se e conseguem mudar um bocadinho, também, e encontrar o caminho correto, em termos de saúde. Portanto, tem sido positivo, numa palavra, e imprescindível, e tem mudado muito. (CEpS EB2).

Refletindo sobre as asserções que são expressas pelos diferentes atores entrevistados, no que concerne às transformações resultantes da aplicação das TIC nas intervenções desenvolvidas junto da comunidade educativa pelas ESE, constata-se que, de forma geral, são destacadas as relacionadas com os procedimentos ligados ao acesso, obtenção e interpretação da informação e as estratégias englobadas nas atividades que visam o desenvolvimento, produção e divulgação do conhecimento, não constituindo estas perspetivas uma surpresa se considerarmos ser a informação e o conhecimento dois componentes que se encontram intimamente relacionados com o conceito de tecnologia educativa (Cabero, 2007a).

Com um carácter nitidamente menos consensual entre os entrevistados encontram-se duas outras áreas onde, através dos discursos produzidos, se podem igualmente associar a ocorrência de mudanças consequentes da utilização destas tecnologias ao nível da educação para a saúde, nomeadamente a que nos remete para as alterações no estabelecimento da comunicação e das relações interpessoais, aspeto destacado pelas ESE mas completamente omitido pelos DCEpS, e a que se refere à relevância da tecnologia educativa, neste âmbito, no incremento do empoderamento do público-alvo das intervenções, onde a situação se inverte, sendo este um aspeto enunciado pelos docentes mas apenas afluído pelos técnicos de saúde.

Podendo no primeiro caso admitir que, constituindo os elementos relacionados com a comunicação e as relações interpessoais também componentes basilares da tecnologia educativa, a sua omissão nos discursos dos docentes poderá eventualmente resultar de estarem implícitos em aspetos que se optou por integrar noutras áreas de análise, já no que se refere às transformações resultantes da associação das TIC ao empoderamento, este é um aspeto que surgindo nos discursos dos membros da ESE de forma diminuta causa alguma estranheza, pelo facto deste elemento constituir uma das recomendações que foram claramente expressas na CISPS que decorreu no ano de 2009 em Nairobi (Kanj & Mitic, 2009; WHO, 2009b).

Apesar das discordâncias que se evidenciam nalgumas situações entre os diferentes atores entrevistados, facto já verificado anteriormente, pode-se assumir alguma congruência em termos das dimensões estabelecidas para a análise desta categoria, onde uma vez mais os aspetos relacionados com a literacia digital estão patentes, abarcando os três primeiros domínios em que foram agrupadas as modificações indicadas em resultado da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar. Estas poderão ser englobadas num conjunto de ações

baseadas na aplicação de TIC das quais resultam o fomento de competências relacionadas com a *aquisição e compreensão da informação*, a *expressão e difusão da informação* e a *comunicação e interação social* (Area, 2009, p. 51).

Nestas atividades encontra-se inserida a execução de pesquisa, seleção e análise da informação, a obtenção de conclusões, o desenho e elaboração de materiais de divulgação do conhecimento, a par do desenvolvimento de trabalho colaborativo, aspetos que com maior ou menor incidência se encontravam patentes nos discursos analisados. Aos três domínios já referidos, junta-se neste caso o relacionado com a utilização da tecnologia educativa no empoderamento individual e comunitário (Hammerschmidt & Lenardt, 2010; Monken, 2003), tendo por base a progressiva capacitação dos indivíduos em assumir uma maior responsabilidade no que se refere à sua saúde, elementos também brevemente mencionados nesta categoria por alguns dos atores entrevistados.

Importa também referir que as consonâncias e dissonâncias que, mais uma vez, temos vindo a verificar entre os agentes da área educativa e da saúde constituem, naturalmente, o resultado da imprescindível participação intersectorial que envolve as intervenções que desenvolvem ao nível da saúde escolar, sendo esta uma atividade que obviamente implica a interação entre profissionais de diferentes sectores de atividade e a sua atuação em contextos que, de alguma forma, lhes poderão ser estranhos, factos que não tendo sido, à partida, considerados como um elemento determinante para analisar os processos em estudo, têm vindo progressivamente a assumir uma relevância neste âmbito, despertando o interesse relativamente à sua possível interferência neste campo de ação.

3.4 – A dimensão oculta: Agentes de saúde escolar face aos processos e políticas institucionais

Uma abordagem aprofundada dos problemas quotidianos requer impreterivelmente, por parte do investigador, a adoção de uma postura de reflexão contínua que lhe permita manter uma visão de conjunto relativamente ao processo de pesquisa, interligando de forma pertinente e coerente as suas etapas, onde se salienta a contemporânea propensão para a abordagem cíclica e uma circularidade entre teoria e prática (Almeida & Freire, 2000; Flick, 2002/2005), assumindo-se a relevância de permanentemente contemplar o posicionamento dos atores em estudo, com o intuito de asseverar uma apropriada contextualização da investigação, assim como a sua índole construtivista, no que se refere ao desenvolvimento

sustentado do conhecimento.

Conforme já foi mencionado, no decurso das entrevistas efetuadas, envolvendo por um lado os membros das ESE e por outro os DCEpS, verificaram-se posicionamentos mais consensuais ou discordantes sobre a forma como os primeiros utilizam a tecnologia educativa na educação para a saúde, sendo estes encarados com alguma naturalidade pelo facto de, apesar da interação que estabelecem neste âmbito, resultarem de perceções emergentes de atores de grupos distintos com “estatuto profissional resultante do *saber científico e prática* e do *ideal de serviço*, corporizados por *comunidades* formadas em torno do mesmo corpo de saber, dos mesmos valores e ética de serviço” (Rodrigues, 2002, p. 13).

No entanto, verificou-se igualmente o surgimento espontâneo de discursos, não diretamente relacionados com as questões previstas no guião, nos quais os entrevistados demonstravam uma postura que evidenciava não apenas a vontade mas a necessidade de explicitar as dinâmicas, contingências, interações e políticas, institucionais e locais, em que se enraizavam os avanços e recuos na implementação e desenvolvimento da saúde escolar, neste contexto específico, aspetos peculiares que se considerou pertinente explorar assumindo uma perspetiva de consolidação mais geral do conhecimento neste âmbito, gerado de modo indutivo (Streubert & Carpenter, 1999/2002; Tuckman, 1994/2002), contribuindo para uma maior explicitação dos fatores que interferem no fenómeno em estudo.

“Em suma, **sendo a saúde dos adolescentes, resultado da interação de um conjunto diversificado de determinantes individuais, sociais e ambientais, a respetiva promoção e protecção é uma responsabilidade partilhada por diversos sectores**, através da acção concertada dos profissionais de saúde com os de outras áreas, tais como professores, técnicos de serviço social, autarcas, juristas, etc.” (Prazeres, 2002, p. 138).

Consistindo uma postura que emergia com naturalidade na globalidade das entrevistas, considerou-se este facto como um denominador comum às elocuições dos diferentes atores, sendo esta perspetiva amplamente reforçada pela constatação de que esta categoria englobava, em termos percentuais, as unidades de registo mais codificadas, procedentes dos discursos de todas as ESE, com valores compreendidos entre 20,69%, no que se refere à UCC B3, e 10,91%, no caso da UCC A2. No entanto, apesar de esta situação não ser tão evidente no caso dos DCEpS, verificou-se ser também esta categoria a mais codificada nas entrevistas dos docentes das escolas B3 (18,15%) e A2 (10,09%), importando ainda referir o caso da escola B2 em que, embora não sendo a categoria com maior percentagem de codificação, surge logo em segundo lugar com o valor de 10,95% (Gráfico n.º 8).

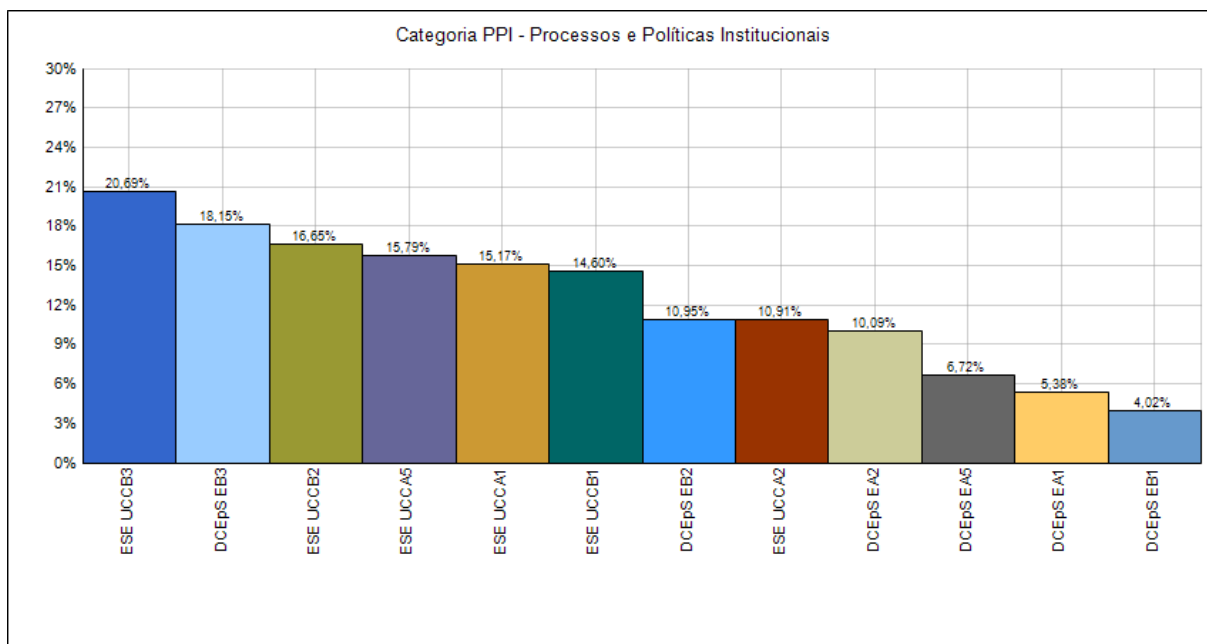


Gráfico n.º 8 – Distribuição das unidades de registo na Categoria PPI (NVivo Versão 8.0)

Face à clara relevância que os atores entrevistados atribuíam aos aspetos englobados nesta categoria, patente nos factos apurados, optou-se por não colocar qualquer entrave à enunciação e descrição dos diferentes elementos ou fatores que contemplavam ser relevantes neste âmbito, facultando ao invés a possibilidade dos clarificarem e explicitarem, assumindo aprioristicamente que a importância que lhes era globalmente atribuída teria obviamente, em sentido lato, influência nos processos e interações estabelecidas para a implementação e desenvolvimento dos programas de saúde escolar.

Principalmente nas entrevistas que foram efetuadas aos membros das ESE constatou-se uma tendência para a articulação de discursos amplos e contextualizados, por vezes até algo emotivos mas extremamente ricos em conteúdo, nos quais estes atores realçavam aspetos relacionados com os condicionalismos, associados ao desenvolvimento das intervenções no âmbito da promoção da saúde, que consideravam estar inerentes aos processos e às políticas instituídas a nível central, pelas estruturas governamentais, intermédio, pela ULS e pelos ACES em que as UCC se integram, e local, pelos centros de saúde onde se encontram sedeadas as UCC e as escolas / agrupamentos onde se desenvolvem as atividades em causa.

Relativamente às implicações que emergem do poder central, com implicação nas ações nesta área de atuação, realçam a responsabilidade governamental e ministerial no que se refere à definição e implementação de políticas de saúde pública, enquadrando neste nível elementos relacionados com a equidade na distribuição dos recursos necessários à sua

implementação, à perniciosidade que advém das atuais exigências de quantificação dos resultados em saúde para as áreas mais vocacionadas para a sua promoção, mencionando também a pouca incisividade que por vezes existe ao nível dos programas de educação para a saúde e, consequentemente, da saúde escolar.

Sobre o primeiro aspeto referenciado, indicam percecionar alguma falta de sensibilidade do poder político relativamente à saúde pública, chegando mesmo a apelidar a área preventiva como a “filha pobre” ao nível da saúde, situação que afirmam não ser recente mas sim recorrente, face à aposta contínua nos cuidados curativos, sendo inclusivamente expresso um sentimento de algum menosprezo ou esquecimento no que se refere aos técnicos de saúde que atuam neste âmbito, nomeadamente no que se refere à sua atualização e desenvolvimento pessoal e profissional.

A prevenção é, sempre foi, filha pobre, sempre, sempre, sempre, sempre. Sempre se considerou a prevenção como o último sítio onde nós vamos gastar dinheiro, quando a prevenção é o sítio onde mais se poderia poupar dinheiro, e o problema está aí, os recursos humanos vão todos, recursos humanos, recursos materiais, vão todos para o curativo, e vão, normalmente, a melhor parte deles para os hospitais. É o primeiro sítio que consome recursos, é o hospital, depois, a seguir, são as consultas, e só a posteriori é que se pensa na prevenção, e esquece-se que as consultas e os curativos não reduzem custos em saúde, vão aumentar. (...) E porque não se dá o valor necessário, e tem a ver com uma política de saúde de há muitos anos para cá, e não estamos a falar deste governo, estamos a falar de há vinte anos, trinta anos para trás. (E3 SEA1).

E, por vezes, noto que estamos a entrar numa fase em que parece que isso não, não está a ser feito, no entanto, aqui na Unidade Local de Saúde até têm sido feitas algumas formações, até tele, teleformações, através destes novos sistemas. Agora eu acho que há que tentar chegar, também, a todos, a todos os profissionais, também aos que trabalham na comunidade, que é o que eu sinto, que têm sido um bocadinho... No fundo parece que, às vezes, querem que esqueçamos um bocado a parte da comunidade, e que passemos mais tempo a prestarmos cuidados curativos, e está-se a descuidar, se calhar, o ponto-chave da saúde, que é a prevenção (E3 SEB3).

Em relação ao facto de ser, atualmente, extremamente privilegiada uma perspetiva contábil no que se refere aos cuidados de saúde, mencionam esta situação como sendo promotora de desequilíbrios em termos de dotação orçamental dos serviços de saúde, privilegiando os de carácter curativo, que apresentam resultados quantitativos em períodos curtos, em detrimento dos vocacionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, cuja ação não pode ser expressa desta forma com a mesma facilidade, afirmando que a importância da atividade desenvolvida neste âmbito não pode apenas ser avaliada tendo como indicador o número de intervenções, pois ultrapassa a quotidiana mera ditadura do número.

É, é uma prioridade nacional, a maior parte dos planos nacionais de saúde têm

falado, sempre, muito na prevenção, agora o grande problema é quando chega a altura dos orçamentos, não estão de acordo com aquilo que se diz lá. (...) Ou seja, uma coisa é a prioridade ser esta, outra coisa é a alocação dos orçamentos que é feita, depois, para os curativos, dá-se mais importância à operação de um coração do que à prevenção de cardiopatias em vinte mil pessoas, se for preciso, não se vê, porque não se vê resultados, com facilidade. (E3 SEA1).

Sim, porque depois vai-se ver os indicadores contratualizados, não aparecem lá nenhum promoção para a saúde. (E2 SEB1).

Nós não apresentamos números, nós fazemos uma sessão e podemos dizer que estiveram lá trinta crianças. (...) Mas não dizemos que fizemos cinco pensos e que demos dez injeções, e isso é visível, demos as injeções e fizemos pensos. (E3 SEB1).

Ainda em termos de políticas de saúde pública, encaram com algum ceticismo a efetiva implementação de programas que abarquem à área da promoção da saúde, onde se pode integrar a educação para a saúde e a saúde escolar, reportando-se inclusivamente a programas anteriormente instituídos, aos quais outorgam eficácia neste âmbito, mencionando a dificuldade em implementar e desenvolver os atuais, face às limitações que surgem quotidianamente. É também, no entanto, realçado o empenhamento das ESE que, malgrado as dificuldades que muitas vezes enfrentam, não vendo o seu trabalho valorizado no seio das instituições de saúde, têm paulatinamente conseguido que seja reconhecido o seu labor, nomeadamente ao nível da comunidade educativa.

E eu aprendi muito dentro, nesta fase, educação para a saúde, com um programa que era o PEPT⁸⁹ 2000, não sei se vocês tiveram contacto com ele, isto foi uma fase muito interessante, na fase da educação para a saúde e da saúde escolar. Foi uma altura em que a educação para a saúde e a saúde escolar, na qual eu tinha uma disponibilidade muito melhor do que tenho agora, era feita com os técnicos de saúde, com os técnicos de educação e com os jovens. Portanto, o grupo que fazia e que trabalhava as áreas diversas, áreas de educação para a saúde, (...) não eram os técnicos de saúde, não eram os professores, e mesmo assim nós estamos a trabalhar, trabalhamos muito bem com a escola, porque temos um trabalho arrastado muito grande, mas eram os jovens também. Os jovens estavam metidos nos grupos de trabalho, o que quer dizer que, por exemplo, quem ia transmitir ou quem ia discutir os assuntos com os jovens nem sequer, muitas vezes, éramos nós, eram eles, era um impacto dos lóbis de influência dos próprios miúdos, que depois transmitiam os conhecimentos. Foi uma fase ótima, para mim foi a fase de ouro da educação para a saúde e da saúde escolar. (E3 SEA1).

Porque o investimento que nós temos feito na área não tem sido aquele que nós gostaríamos, há um programa nacional de saúde escolar, pronto, que a DGS se, teve ali, com diferentes técnicos a elaborar, e é impossível nós cumprirmos a saúde escolar que, se a DGS emanou as orientações técnicas para o cumprimento desse

⁸⁹ PEPT (Programa Educação para Todos) – Projeto nacional desenvolvido nas escolas durante a última década do Séc. XX, sob a égide do ME, cuja atividade visava promover a construção de uma escola para todos, envolvendo no processo alunos, professores e outros agentes educativos, entre os quais profissionais da área da saúde (Notas de Campo).

plano, é porque, se calhar, é, seria o ideal e nós, se calhar, estamos a um bocadinho do ideal. (E2 SEB1).

É assim, eu penso que, que temos tido uma evolução muito positiva de há uns anos para cá, de há uns vinte anos para cá, porque a saúde escolar nunca foi considerado, antigamente não era considerada uma, um programa de saúde prioritário, e isto no início teve muitas dificuldades. Isto para que em termos históricos, que acho que é importante aqui saber-se, houve muitas dificuldades e até que foi precisamente a persistência de, de elementos, e essencialmente de, e eu aí, isso é verdade, de enfermeiros e, inclusivamente, de uma antiga delegada de saúde, que marcaram o terreno, com muita dificuldade. Trabalharam muito e fizeram um trabalho na comunidade escolar que foi reconhecido, em primeiro lugar, na comunidade escolar, portanto, foi reconhecido fora dos serviços de saúde. E tendo em conta que, na realidade, esse era o nosso objetivo, portanto, para a equipa reduzida e que, em termos de intervenção direta, era essencialmente à custa de duas enfermeiras, foi reconhecido na comunidade e, portanto, ao longo dos tempos, foi-se ganhando algum terreno. Foi-se ganhando algum terreno e isso tem uma consistência, e acaba por a equipa de saúde escolar ter várias caras, neste momento, identificadas na comunidade escolar, em que a comunidade escolar acredita nesta equipa, e como acredita recorre a ela. (E1 SEB3).

Também englobado num espetro mais central, ao nível da intervenção do governo e respetivos ministérios, nomeadamente o da saúde, estes entrevistados realçam as múltiplas implicações decorrentes das políticas de “organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local” (MS, 2009b, p. 2059), nomeadamente ao nível da saúde escolar. Neste sentido, destacam a necessidade que existiu de criação de novas dinâmicas de funcionamento e a correta (re)definição dos papéis inerentes aos diferentes atores envolvidos, sendo atribuído às UCC, entre outras, uma importante função ao nível da comunidade, em termos da promoção da saúde e prevenção da doença, de que resultou o imperativo de efetivamente delimitar o espaço de intervenção destas equipas, por vezes envolvendo áreas anteriormente da responsabilidade de outros profissionais.

É assim, nós funcionávamos desde há muito anos como equipa de saúde escolar, dentro do conceito antigo do Centro de Saúde de AI, não é, a equipa de saúde escolar, a nível do concelho de AI, era formada pelo técnico de saúde ambiental, pelos enfermeiros, por mim, enquanto médica de saúde pública. Não tínhamos possibilidades de ter apoio da higiene oral, nem de psicólogo, nem de assistente, ah, assistente social tínhamos. (...) Tínhamos a assistente social da câmara, que trabalhava connosco, na equipa. Portanto a equipa estava formada e trabalhava, havia áreas em que as pessoas avançavam mais, havia outras áreas em que havia outras pessoas que avançavam mais, quando nos pediam uns iam, quando não podiam iam os outros, mas havia uma integração, a equipa específica estava formada. Com a modificação da saúde e a divisão em unidades diferenciadas, ou seja, a criação da Unidade de Saúde Pública, a criação das UCC's, a criação das UCSP's, houve dificuldades de se perceber qual era o papel de quem. Não é, não tem a ver com, com o local, não tem a ver com nada, tem a ver com o perceber como é que nós nos vamos arrumar outra vez, com uma situação que está dividida aos bocados, que é diferente, e depois, é assim, enquanto nós, num ponto de vista

de saúde pública, somos cada vez menos. (E3 SEA1).

E ao facto, pronto, e o facto de a política influenciar a organização dos serviços, e neste momento tivemos esta grande reestruturação nos serviços, e as UCC's o objetivo era ir para a prevenção. (E1 SEB2).

É assim, neste momento, enquanto unidade de cuidados na comunidade, a operacionalização da saúde escolar é da responsabilidade das UCC's, tal e qual como é previsto na lei. Por outro lado existem muitos decretos paralelos, decretos-leis paralelos, orientações paralelas, da Direção-Geral de Saúde, decretos-leis, o Programa Nacional de Saúde Escolar, que continua a ser vigente, e existe a lei da criação das UCC's. E, portanto, nós estamos para operacionalizar um programa, que este programa é da responsabilidade da saúde pública, isto trás, muitas vezes, alguns constrangimentos, eu penso que, eu penso que o grande problema é a comunicação entre os profissionais, porque ninguém quer retirar responsabilidade de ninguém. A responsabilidade de operacionalização é nossa, a responsabilidade da monitorização dos dados, para fazer um levantamento da, das, da saúde da população e, neste caso, da comunidade escolar, é da saúde pública. (E1 SEB3).

No entanto, pelo facto da implementação da saúde escolar implicar, forçosamente, o estabelecimento de interações entre os atores que atuam profissionalmente na área da saúde e da educação, emerge igualmente a necessidade de contemplar os aspetos relacionados com as políticas educativas, emanadas pelo respetivo ministério, que tenham interferência neste campo de ação. Relativamente a este aspeto, em particular, é realçado o imperativo de proceder à definição das áreas de intervenção profissional, no que se refere à educação sexual nas escolas, eventualmente resultante da necessidade de uma melhor (re)interpretação da legislação vigente (MSE, 2010), já anteriormente referida, sendo também mencionada a dificuldade acrescida para as ESE de se adaptarem às reestruturações que, simultaneamente às que se operaram na área da saúde, ocorreram a nível da educação.

Este é o grande debate, entre as pessoas que querem fazer a nova saúde escolar, que vai haver agora uma reunião na próxima semana, por causa disso, na Escola de A2, e as pessoas que estão vinculadas à velha saúde escolar, ou seja, existem, por exemplo, já questões muito dirigidas, que é em relação à sexualidade, há uma circular normativa que não nos permite abordar esse tema já nas escolas. Porquê? Porque existem professores com formação para esse fim, fizeram essa formação, uma formação demorada, e estão preparados para esse fim (E1 SEA2).

Independentemente disso tem sido um trabalho muito difícil e um trabalho com muitas, com muitos obstáculos, mas tem-se conseguindo vingar, por outro lado é importante, também, dizer-se que com a reestruturação das escolas e agrupamentos perdeu-se alguma, algum, houve algum problema de comunicação. Sentimos esse problema quando se criaram os grandes agrupamentos de escolas, em que a proximidade que existia no início com pequenas escolas e a equipa diretamente com os professores, e ao centralizar-se a gestão das próprias escolas, isto criou alguma dificuldade em termos de comunicação e da partilha da comunicação para os vários representantes, dos vários ciclos. (E1 SEB3).

Contemplando as entrevistas efetuadas aos DCEpS, no que se refere a esta dimensão, relacionada com a influência dos processos e políticas emergentes das estruturas centrais, de governação, no que concerne à saúde escolar, não se verificou terem atribuído grande relevância aos aspetos aqui associados, dando no entanto algum destaque às mudanças decorrentes da reorganização dos serviços de saúde pública. Neste sentido, consideram o aumento da área geográfica de intervenção, de algumas ESE, um fator que poderá dificultar a periodicidade e efetividade das suas ações, referindo também a instabilidade que estas mudanças causam, ao implicarem muitas vezes uma mudança relativamente aos técnicos de saúde que, habitualmente, dinamizavam estas ações e com quem costumavam trabalhar.

Quando se sobrecarga uma equipa de saúde escolar com mais, com uma comunidade muito maior, portanto, à partida a equipa de saúde escolar tinha um grupo, não é, uma população-alvo, agora a equipa tem que se desdobrar, porque a população aumentou, os centros de saúde estão-se a fundir. Isso, para já, acho que está a ser um problema, porque eles não vão conseguir chegar a todo o lado, ou então vão tentar chegar a um lado e a outro, mas vão tentar chegar com uma qualidade muito inferior, não é? Depois, hoje em dia, o que está a acontecer, não é, eu penso..., eu não sei muito bem o que é que está a acontecer, em termos de reorganização dos serviços, mas percebo isso, que eles estão..., que eles têm que se desdobrar em muito mais atividades, além da saúde escolar. Depois claro, como é que..., como é que a saúde escolar vai ser, se as pessoas têm que se desdobrar, se a população-alvo é muito maior, vai-se cair, inevitavelmente, no erro de as equipas virem fazer uma ou duas ações às escolas. Essas ações vão ser desarticuladas, vão ser pontuais, e não se vai conseguir atingir, com ações desarticuladas, pontuais, eu penso que vai ser muito mais difícil criar a tal mudança de comportamentos que nós queremos. (CEpS EA1).

E depois, também tenho verificado que, a nível do centro de saúde, também estão a ocorrer, talvez mais recentemente, muitas alterações. A responsável pela saúde escolar nos últimos dois anos foi uma, este ano, no início do ano letivo, era já a outra, entretanto já mudou e já voltou à anterior, portanto, estão a haver, também, muitas reestruturações, o que impede, o que também não facilita depois, a articulação. (...) A reestruturação constante não ajuda, até porquê, a senhora enfermeira, no ano passado, tinha uns materiais, e depois este ano mudou de enfermeira, e depois agora as sessões são outras, já não tem material, é assim de um dia para o outro. A enfermeira mudou, agora no início do segundo período, logo passado uma semana tinha uma atividade, neste caso não era aqui na escola, era na Escola A2b, passada uma semana tinha uma atividade lá, não tinha os materiais preparados, etc., portanto, também tem a ver, um bocadinho, com isso. (CEpS EA2).

Considerando a influência da ULS e respetivos ACES, num nível de decisão intermédio, em termos dos processos e políticas que poderão ter alguma interferência nas intervenções que desenvolvem ao nível da educação para a saúde, no seio da comunidade escolar, os técnicos de saúde entrevistados apontam principalmente aspetos que se relacionam com as estratégias de distribuição de trabalho e a sua relação com a disponibilidade temporal para a execução das funções que lhes competem, a forma como são regulamentadas e

atribuídas prioridades às atividades englobadas no espectro de ação das UCC e, também, as restrições orçamentais e respetivas consequências ao nível da obtenção dos recursos necessários à execução das ações de promoção da saúde.

No que se refere às situações relacionadas com as metodologias adotadas para a distribuição de trabalho, independentemente dos restantes aspetos que lhes associam, existe um elemento que é comum em todos os discursos dos técnicos de saúde, que abordaram este tema, as limitações em termos de disponibilidade temporal para um cabal desempenho das suas funções, nomeadamente ao nível da promoção da saúde na comunidade educativa. A este facto associam dificuldades na implementação e operacionalização da reorganização dos serviços, que nalguns casos levou ao aumento substantivo do parque escolar e da área geográfica de intervenção das equipas das UCC, implicando um esforço acrescido dos profissionais de saúde que nalguns casos integram mais do que uma ESE⁹⁰, sem que lhes seja facultado qualquer tipo de contrapartida, e uma maior compreensão por parte dos restantes atores envolvidos, nomeadamente nas escolas.

A UCC está hipercarregada de serviço, tem montes de coisas para fazer, e toda esta definição, toda esta dificuldade em organização de tempo, do tempo, da forma de estar e tudo isso, levou a alguma dificuldade, que levou a uma quebra muito grande, a nível de um ano e tal. Portanto, neste momento, nós estamos outra vez a trabalhar mais profundamente, com a dificuldade de eu, por exemplo, ter menos tempo do que tinha, portanto, não estar a dar o apoio que poderia ter, que dava antigamente. A E1 SEA1 também tem dois concelhos, também não é precisamente a mesma coisa, a E2 SEA1 além das atividades, de ser a chefe de enfermagem, tem as atividades da UCC, também tem outras atividades, que lhe foram atribuídas, que estão a reduzir o tempo ligado à saúde escolar. (...) O que quer dizer que tem havido uma maior dificuldade de disponibilização de tempo para isso, acho que tem muito a ver com isso, é, não é fácil com a nova reestruturação. (E3 SEA1).

E em termos de tempo, também, pronto, se calhar poderia, também não temos exatamente distribuído o tempo todo que, se calhar, seria desejável, isso também devido ao contexto e, pronto, a essa parte. Nesse aspeto é verdade, pronto, há algumas, só que nós, sabes como é que é, as pessoas também acabam por se ir adaptando, não quer dizer que a gente não saiba e que não, e que não tente procurar pelo, pronto, por aquilo que deveria ser mas, de qualquer das formas, pronto, vamos adaptando, vamos conseguindo. Mas em, mas isto em termos da relação com a escola eu acho que, se por um lado há estas dificuldades, pronto, em termos de tempo, essencialmente, as pessoas andam muito esticadas, temos também a outra parte que, como andamos todos, um pouco, na mesma onda, se calhar isso, às vezes. (E3 SEA5).

É assim, os programas, a operacionalização tem sido feita, contudo penso que as horas impostas, que nos foram cedidas para a operacionalização da, do programa,

⁹⁰ Conforme já foi mencionado, quando se procedeu à caracterização dos técnicos de saúde entrevistados, alguns destes profissionais encontram-se englobados em unidades que facultam apoio às ESE, integradas nas UCC, como é o caso dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, pertencentes à URAP, ou do médico de saúde pública, ligado à USP, podendo dar apoio a diferentes UCC de cada ACES (Notas de Campo).

inicialmente o que estava previsto eram vinte e, não sei precisar, mas eram quase trinta horas por semana, e o que nos foi imposto foram sete horas por cada dois mil alunos. Sete horas por semana, ou seja, nós temos uma população escolar de quase três mil, (...) três mil e picos, ou seja, não chega a treze horas, o que é pouco, manifestamente pouco. Porque é um concelho que tem as escolas das freguesias rurais, temos escolas TEIP⁹¹, com todo o tipo de programas, desde grupos de multideficiência, que intervimos, grupos de PIEF, temos escola superior, uma escola superior, portanto, temos os jardins-de-infância e, é evidente, que este número de horas não é suficiente. Mas nós não deixamos de intervir, muitas vezes é à custa de um esforço maior, sem recorrer a horas extraordinárias, porque nós não, tentamos sempre evitar, não recorremos, mas vamos sempre tentando reajustar todo o nosso tempo. E é uma questão de gestão de recursos, gestão de tempo, e temos ido ao encontro e, para já, não nos tem, não nos tem, não temos ficado aquém das expectativas, em termos de intervenção. (E1 SEB3).

Pronto, eu, nomeadamente, o que eu acho é isso mesmo, a saúde escolar, ao longo destes anos todos, foi feito um trabalho notório e ganhou a sua confiança da comunidade e dos parceiros que trabalham connosco, e o que eu noto é que, atualmente, parece que estamos a perder caminho. O caminho que foi conseguido até aqui parece que se está a perder, porque querem com os poucos recursos que têm fazer muito, e assim não se consegue fazer muito com qualidade, não é? Por exemplo, eu sou um técnico partilhado por outros centros de saúde, tenho um parque escolar aqui grande, em B3a, mas depois tenho um parque escolar, querem que eu faça em B2, outras, outros concelhos, e é complicado eu conseguir gerir o meu tempo e fazer as coisas certas. (...) Querem que, por exemplo, mais no meu caso, o gabinete de saúde oral e descuidar, um bocadinho, esse aspeto, quando a prevenção tem que ser feita logo desde, desde que somos jovens, logo através dos jardins-de-infância, dos primeiros ciclos. (E3 SEB3).

No que concerne à intervenção da ULS e respetivos ACES na regulamentação das atividades desenvolvidas e definição de prioridades de intervenção, os membros das ESE expressam claramente e, nalguns casos, com evidente indignação, terem recebido indicações das instâncias superiores no sentido de atribuir, ao nível das UCC, uma menor prioridade às atividades relacionadas com a educação para a saúde nas escolas. Mencionam, mais uma vez, a permanente tendência de privilegiar a vertente curativa em detrimento da relacionada com a promoção da saúde, destacando não ser essa a efetiva vocação destas unidades, considerando não existir muitas vezes, para as populações, uma verdadeira mais-valia associada ao facto de lhes estarem a ser atribuídas funções do campo de ação de outras unidades de saúde, resultando desta prática um inadequado acompanhamento dos utentes e uma maior dificuldade em desenvolver as intervenções de saúde escolar.

Aqui, pronto, apesar da criação das unidades, também tem a ver com as prioridades

⁹¹ TEIP (Territórios Educativos de Intervenção Prioritária) – Programa implementado sob a égide do ME, visando contribuir para as aprendizagens dos alunos com impacto no seu sucesso educativo, diminuir o absentismo e o abandono escolar precoce, proporcionar contextos de orientação educacional e transição para a vida ativa, articular a ação da comunidade educativa com os parceiros sociais locais, constituindo um recurso efetivo para o desenvolvimento das comunidades (Notas de Campo).

que a ULS Z nos transmitiu, ou seja a ULS Z transmitiu-nos que a prioridade era esta, esta, esta e esta, e então nós começamos a trabalhar as prioridades e, portanto, a saúde escolar ficava na cauda. Portanto, o tempo depois não chega para tudo, não chega e, mas pensamos, estamos numa fase, neste momento estou, porque começou a Primavera e penso que, que vamos começar aí em força, principalmente para o próximo ano. Porque os anos letivos, não é, são de outubro, ou de setembro a (...) junho, este ano já não há muito a fazer, mas vamos ver para o próximo ano, a pensarmos estar aí disponíveis para isso. (E2 SEA1).

Para já parte logo dos nossos superiores, primeiro ponto, porque dão, neste momento, muito mais valor a toda a parte curativa do que à parte da promoção da saúde, pronto, e por aí nós, por muito que a gente siga um caminho, se não formos ajudados nesse caminho torna-se complicado, estar a remar ali contra a maré, não é? E muitas vezes o que nós fazemos, no terreno, é mesmo por gosto, porque achamos que aquilo é uma mais-valia para a população que servimos, e não queremos deixar que isso se perca, muitas vezes tem a ver com o nosso trabalho e com aquilo que a gente gosta. Por isso também estamos nesta área e, se calhar, não estamos noutras áreas, não é, isto também tem a ver com aquilo que nós temos mais afinidades ou mais competências, não é, que vamos adquirindo ao longo dos nossos, das nossas experiências e do nosso trabalho. Parte principalmente por aí, tem muito a ver com os obstáculos que nos põem a nível superior. (E1 SEB1).

É assim, a indicação que nos foi dada é que nós não poderíamos voltar a fazer, nas escolas, as palestras que fazíamos habitualmente, essas palestras ficavam, pronto, ao critério da pessoa que ia apresentar, em concordância com o professor, mas, apesar de tudo, eram palestras que eram realizadas pelo enfermeiro. A indicação que recebemos foi de se fazer somente acessória, a partir do momento em que nos foi pedido isso, portanto, foi a mensagem que passámos aos professores, que entraram em contacto connosco. (E3 SEB2).

E, portanto, nós recorremos muitas vezes a retirar horas, porque na nossa UCC além de, nós além de termos os programas que estão inerentes, e que estão por lei inerentes à nossa intervenção, foram-nos impostos as colheitas de sangue e foram-nos impostos, à UCC, o apoio, é assim que eu digo, tal e qual como foi-nos dito, o apoio à consulta de pediatria. E o apoio à consulta de pediatria é o enfermeiro fazer uma triagem de uma criança, que é utente ou de uma USF ou de outra USF, trabalho que poderia ser elaborado pelas USF's, portanto (...) estes tempos têm que ser divididos, é óbvio, à minha responsabilidade, que eu assumo, que se existe trabalho para ser feito e concretizado ao nível do programa de saúde escolar, eu retiro horas ao apoio da pediatria. Porque a medida, a pesagem, e medir perímetro cefálico e estatura de uma criança, a pediatra também o pode fazer, eu prefiro que os técnicos utilizem essas horas na, por exemplo, na ida à escola e deixa-se esse, essa intervenção, que não tem a ver com a nossa área de intervenção, não nos trás mais-valia. Aliás, não trás mais-valia a ninguém, porque não há um acompanhamento, não há um seguimento e, portanto, é uma tarefa que foi inculcada, e eu não vejo a enfermagem assim e, portanto, tal e qual como a colheita de sangue, acaba por ser uma tarefa que os enfermeiros estão a fazer. (E1 SEB3).

Ainda na área de definição de processos e políticas, neste âmbito intermédio, os técnicos de saúde entrevistados abordam as consequências dos cortes orçamentais que globalmente se fazem sentir e que, naturalmente, interferem também na operacionalização das ações de promoção da saúde em meio escolar, impossibilitando a obtenção e aquisição de

alguns recursos que consideram necessários, nomeadamente para a preparação das intervenções, referindo em concreto a inexistência de um computador no local de trabalho ou para transportar para as escolas, implicando o uso de recursos pessoais, e a impossibilidade de aquisição de materiais de pequeno valor, para dinamização das atividades, como meras folhas de cartolina, por vezes adquiridas pelos próprios membros das ESE.

Mas, por exemplo, quando nós queremos realizar algumas intervenções em que os meios auxiliares de ensino, que utilizamos, não são tão inovadores ou, pelo menos, tão tecnológicos e são mais a utilização de cartolinas, que é uma coisa que daqui a pouco já passou quase à história, não é, ou de outros materiais do género que não existem dentro da instituição. Não é dado, por exemplo, apoio nenhum financeiro nesse sentido, portanto, nós fazemos as coisas porque gostamos e sai-nos do nosso, financeiramente, do nosso bolso, isso já, já aconteceu (...) E, portanto, acaba por estar um bocadinho relacionado com os cortes orçamentais e com essas coisas que, que todos somos alvo, pronto. (E1 SEA5).

E ainda sinto mais, porque eu além de preparar as sessões em casa, é o meu material que vai para as escolas, porque não tenho computador, em B1a, para a UCC, não tenho nada disso, eu todo o material é nosso, nós em B1a levamos tudo, eu até preparar sessões tenho que preparar em casa, preparo no meu computador pessoal. (E3 SEB1).

Acho que, muitas vezes, não é só a nossa, vá, pouca vontade, entre aspas, em fazermos coisas diferentes, também não temos é meios para tal, porque muitas vezes o serviço, nós queremos, sei lá, comprar quatro ou cinco folhas de cores diferentes, os serviços não têm verbas para nos dar, para nos dar essas folhas de cores. (E1 SEB2).

Relativamente a esta dimensão, enquadrada na influência dos processos e políticas, estabelecidas pela ULS e respetivos ACES, ao nível da saúde escolar, ao analisar as perspetivas patentes nos discursos proferidos pelos DCEpS sobre esta matéria, verificou-se existir alguma consonância com as enunciadas pelos técnicos de saúde, em termos de conceções gerais, sendo referidos elementos passíveis de enquadrar nas áreas já identificadas, embora com maior destaque para os aspetos relacionados com a distribuição de trabalho e, consequentemente, com a disponibilidade de tempo para intervir no âmbito em causa.

Relativamente a esta situação, é corroborada a perspetiva de que as ESE têm uma sobrecarga de trabalho, inclusive já mencionada pelo facto de ter havido aumento do seu campo de ação e da população-alvo da sua intervenção, mas também é afirmado haver uma menor disponibilidade de tempo ao nível da atividade letiva, para dedicar à promoção da saúde desenvolvida na comunidade educativa, o que limita uma maior implementação e dinamização da mesma, sendo inclusivamente referido por um docente que, no caso da escola em se encontra, a resposta dos técnicos de saúde que atuam neste âmbito continua a ser suficiente apenas em consequência deste facto.

Neste caso em particular, o Agrupamento de Escolas A2 e a UCC A2, no nosso caso em particular, acho que a responsabilidade nem é propriamente de uns nem de outros, tem a ver com o facto de a nível da escola, por exemplo, tenho conhecimento de outras escolas em que, para além de existir um coordenador da educação para a saúde, existe uma equipa, na escola, com uma série de professores. Aqui no A2 sou só eu, pronto, relativamente à equipa da saúde escolar da UCC, acontece o mesmo, é só uma enfermeira, pronto. Há falta de recursos humanos nesse sentido, parece-me, do meu ponto de vista, e também não posso exigir muito da parte deles, porque realmente sendo só uma enfermeira e que, neste caso, tem que atender às necessidades do A2 e do Agrupamento A2a, e que tem outras funções, obviamente, é impossível dinamizar mais sessões do que aquelas que ela tem dinamizado. (CEpS EA2).

A falta de tempo e de recursos. Ou seja, os técnicos da saúde escolar, do centro de saúde, cada vez têm menos horas, nós também, o que faz com que as articulações sejam cada vez menores. (CEpS EB1).

Não fazemos tanta coisa como fazíamos. Para já nós estamos limitados, também, no tempo letivo, porque nós só podemos ocupar a nível do tempo não letivo, ou seja, em formação é em formação cívica é o tempo letivo, que são só apenas quarenta e cinco minutos, ou seja nós só podemos fazer estas atividades em formação cívica. O que significa que nós não podemos fazer muitas atividades durante o ano letivo, por isso as atividades foram reduzidas, por isso é que o Centro de Saúde B3 consegue cumprir, porque nós também não fazemos tantas atividades como fazíamos. (CEpS EB3).

No que se refere às limitações a que percecionam estar sujeitas as ESE, em resultado das regras impostas pela ULS e respetivos ACES, os docentes referem existir uma maior dificuldade nas deslocações dos técnicos de saúde às escolas, atribuindo esta situação e as lacunas que ocorrem nas atividades que dinamizavam nestes contextos, ao nível da educação para a saúde, aos regulamentos e diretrizes que vêm sendo emanados pela direção da organização de saúde, facto também já destacado pelos profissionais de saúde.

Eu não sou capaz de precisar, nesse aspeto, mas eu dá-me ideia que também eles estão um bocadinho mais limitados na sua atuação, em termos de deslocações. Eles também têm normas a cumprir e têm regulamentos nos seus próprios estabelecimentos, onde exercem, eu penso que pode haver aí. Eu não considero má vontade, cada vez que me dirijo lá as pessoas são extremamente simpáticas, acessíveis, colaboram naquilo que podem, mas eles, eu sinto que eles estão um bocado limitados em termos de deslocação aos locais onde podem dar apoio, sentimos maior dificuldade nesse sentido. Mas a disponibilidade deles tem sido sempre, recebem-nos sempre na mesma, com o mesmo agrado. (CEpS EA5).

A lacuna que este ano surgiu deve-se, única e exclusivamente, a diretrizes do órgão de gestão, portanto, da direção (...) Porque, vamos lá a ver, também não quero colocar a pessoa, a responsável, em maus lençóis, mas ela o que me disse foi temos a diretriz, portanto, não estamos autorizados a ir realizar ações às escolas, acabou, acabaram-se as palestras, é a ordem que temos. (CEpS EB2).

Também é constatado pelos DCEpS um dos aspetos realçados pelas ESE, o efeito

pernicioso dos cortes orçamentais, que se vêm verificando, nas intervenções desenvolvidas nesta área, restringindo fortemente ou, nalguns casos, anulando mesmo a ocorrência destas ações, às quais era atribuído pelos docentes uma importância relevante, sendo também referida a impossibilidade de, neste contexto de contenção económica, serem obtidos outros recursos, nomeadamente tecnológicos, diferentes dos que já existiam nas escolas.

Tal não foi o meu espanto, quando este ano nos reunimos pela primeira vez no início do ano letivo, como era, como é habitual, e ela me disse que ia tudo por água abaixo. Não me referiu exatamente os motivos, mas eu depreendi e inferi, portanto, que tinha a ver com a conjuntura económica que o nosso país está a enfrentar, e que, portanto, as ligações e o contributo que eles nos iriam prestar este ano iriam ser muito próximas de zero. Portanto, este ano nós, em princípio, não podemos ter, por exemplo, o que nós achamos que era o fundamental e o indispensável. (CEpS EB2).

Este ano é que está um ano muito complicado, porque não existe verbas, não temos dinheiro, e aquilo que temos usado, ultimamente, é o material que a escola tem, é o computador, o quadro interativo, e é isso que temos usado, não temos mais, mais outras tecnologias. (CEpS EB3).

Importa ainda considerar uma última dimensão de análise, em termos de processos e políticas institucionais, a que se encontra relacionada com as repercussões de âmbito local, ao nível dos próprios centros de saúde e UCC, no que se refere às intervenções de educação para a saúde desenvolvidas em contexto educativo, sendo expresso nos discursos dos membros das ESE um conjunto de asserções, neste âmbito, que se podem agrupar em três áreas. Estas encontram-se relacionadas com as relações interpessoais estabelecidas pelos profissionais de saúde intervenientes nestes processos, as ligações criadas entre as escolas e as unidades de saúde e, finalmente, os aspetos relacionados com a promoção de atividades tendentes à atualização das competências e das práticas desenvolvidas.

Ao nível das relações interpessoais que se estabelecem, neste âmbito, e das implicações percecionadas pelos técnicos de saúde entrevistados, é mencionada a existência de uma atitude pouco positiva relativamente a esta área de intervenção por parte dos seus próprios pares, que não estão envolvidos nesta função, que por vezes menosprezam as ações desenvolvidas. No entanto, apesar dos aspetos enunciados, de carácter intraorganizacional, é destacado o facto de se ter vindo, globalmente, a mudar de atitude relativamente à área da saúde pública, onde se engloba a saúde escolar, pouco apelativa para muitos técnicos de saúde até há algum tempo, mas que tem vindo a evoluir e a afirmar-se progressivamente, sendo mesmo referenciada como uma área basilar ao nível dos cuidados de saúde.

Todos os elementos que não estão envolvidos na saúde escolar, têm essa atitude. (...) E têm-no porque desconhecem, realmente, os objetivos das ações que nós desenvolvemos, porque não compreendem porque é que nós nos pintamos ou nos

vestimos de palhaços, para irmos fazer uma ação de educação para a saúde a crianças entre os três e os onze, doze anos, como fizemos no Dia Mundial da Criança, dia um de junho. O tema abordado foi uma coisa muito simples, que foi os cuidados a ter com o sol, porque era dia um de junho e nós decidimos fazer isso, de abordar esse tema, e pronto, olha, lá estão as enfermeiras pintadas, ah, pintadas, vestidas de palhaços. Mas não compreenderam que a mensagem que nós tentámos passar é em cinco minutos (E2 SEB1).

Eu isso discordo, discordo só por isso, não conheço tanto a realidade agora, discordo porque eu, quando tirei o curso, há vinte anos, (...) lembro-me que só eu é que fui para os cuidados de saúde primários, não é, porque o resto queriam hospital, portanto aí discordo um bocadinho. Depois houve esta evolução toda, dos centros de saúde, que eu acho que foi benéfico, porque eu, quando comecei a trabalhar, não tínhamos computador, não tínhamos, éramos os parentes pobres, nada, de repente, agora aí há uns tempos, as coisas melhoraram. Começa a UCC, vamos para a comunidade, que é efetivamente (...) o que é os cuidados de saúde primários, não é, a essência (E2 SEB2).

Não, mas dentro da própria unidade viu-se que nós, ao sairmos da população, oh, os enfermeiros vão para a rua não vão fazer nada, mesmo dentro da própria enfermagem. (...) Muita gente, muitos enfermeiros, não valorizam nós irmos para rua, ao irmos para a rua, ah, vão descansar, vão para o café, vão falar com as pessoas. (...) Ninguém diz, ah, vão fazer ensinios, não. (E1 SEB2).

Ainda no que se refere às relações interpessoais são mencionados, por alguns membros das ESE, aspetos que têm vindo a surgir, relacionados com as dinâmicas associadas ao desenvolvimento de intervenções neste âmbito, considerando a existência de alguma indefinição quanto aos papéis desempenhados pelos diferentes profissionais de saúde, nas unidades que resultaram da reestruturação dos serviços de saúde pública, já mencionada, facto que motivou a alteração de algumas funções e, consequentemente, a modificação dos poderes anteriormente instituídos. Esta situação motiva a existência de alguma fricção nesta vertente da saúde, entre quem quer manter as funções anteriores e quem as quer atualmente assumir por lhe estarem legalmente atribuídas, com evidente impacto nas atividades a desenvolver, havendo inclusivamente um dos entrevistados que, embora tenha optado por não clarificar a sua curiosa afirmação, refere existir aproveitamento político relativamente à saúde escolar.

A nova reestruturação criou dificuldades de relação que não existiam, que não existiam mas que se criou porque não se sabia o papel de cada um, ou seja, nós sempre trabalhámos em equipa, portanto eu vou dizendo normalmente, eu acho que nós estamos com problemas neste momento, mas sempre trabalhávamos em equipa. Mas houve uma altura em que tínhamos muitas dúvidas dos nossos papéis (E3 SEA1).

Porque você também tem que ver que há muito aproveitamento da saúde escolar para fins políticos, locais, essa é uma vertente nova. (E1 SEA2).

Portanto, eu penso que se cada um trabalhar no seu terreno, nós trabalhamos todos muito bem, eu penso que o grande problema, ainda, persiste em pequeninas coisas, que eu acho que são ninharias, de pequenos poderes ainda, cá está, ainda com o

pensamento do velho do Restelo, que têm que desaparecer de uma vez por todas. Porque se todos trabalharem na sua área, todos têm muito trabalho para fazer, e então, este levantamento e esta monitorização, nós fazemos questão de a dar e temos que a fazer, como é óbvio, porque faz parte da nossa função, mas a operacionalização continua a ser nossa, isso é ponto assente. E daí, nós somos profissionais, temos competência para as desenvolvermos e, portanto, temos a nossa autonomia, enquanto profissionais com o saber próprio, com competências adquiridas e, portanto, daí não abdicamos. Abdicamos no dia em que houver um decreto e que diga que nós deixamos de o fazer, se o deixarmos de fazer eu penso que as UCC's, as unidades de cuidados na comunidade, também predem, um pouco, a sua filosofia de existência. Porque o nosso trabalho, o objetivo, é trabalhar em comunidades, trabalhar na comunidade, para a comunidade e com ela, e seja ela que comunidade for, comunidades com grupos vulneráveis, comunidade escolar, e se trabalhamos na promoção da saúde, esta é a nossa área, esta é a nossa praia, como se costuma dizer, portanto, nós temos que lutar por isso. (E1 SEB3).

Outra área relacionada com as influências de nível local, quanto ao desenvolvimento das intervenções de saúde escolar, tem a ver com os aspetos que se encontram associados às conexões que, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas entre as escolas e as unidades de saúde, neste espectro de atuação. Sendo esta a perspetiva mais abordada em toda a categoria relacionada com os processos e políticas organizacionais, nas entrevistas efetuadas aos técnicos de saúde identificam-se alguns domínios, que permitem organizar a análise das dinâmicas que interferem neste âmbito, nomeadamente relacionadas com o distanciamento dos atores intervenientes nos processos, o desacordo relativamente aos métodos e políticas definidas e, também, a criação de parcerias e interações, facilitadoras das ações a instituir.

No que se refere ao primeiro domínio identificado, nos discursos dos membros das ESE são enunciados vários motivos que poderão estar associados ao distanciamento entre os atores intervenientes, sejam estes da área da educação ou da saúde, nomeadamente as alterações estruturais resultantes da reorganização dos serviços de saúde pública, que poderão ter motivado alguma interrupção nas interações e dinâmicas que previamente existiam, as eventuais omissões de integração dos membros das ESE nos processos de programação das atividades educativas, descurando a relevância da sua participação na promoção da saúde em contexto escolar, e obviamente a já referida implementação das orientações estratégicas, estabelecidas superiormente, em termos de priorização das atividades das UCC.

Houve porque a ligação com a escola estava definida numa base estrutural que era diferente, o que é que aconteceu numa altura, aconteceu que por uma questão da modificação estrutural, a escola também se perdeu um bocadinho, (...) sem saber muito bem quem era o papel, qual era o papel de quem. (...) Se nós estávamos perdidos, mais perdidos eles ficaram, não quer dizer que as coisas não foram, não fossem feitas, o que quer dizer é que não houve uma sequência, a sequência não foi feita dentro da mesma linha. É como se de repente houvesse uma linha assim, e de repente salta para uma linha assim, e depois, entretanto, esta linha tem que ser

interrompida, e há um período de pausa, portanto. Porque na realidade o tempo, apesar do tempo anterior não ser muito, como havia maior interpenetração entre aquilo que são unidades separadas, agora, é aquilo que eu digo, quando não ia A ia B, quando não ia C ia D, portanto, e isso tudo organizava-se, pronto. (E3 SEA1).

Mas o distanciamento, o distanciamento, desculpe interrompê-la, mas o distanciamento vem das escolas, e eu torno a.... Vou só dar um exemplo, foram criados, foram extintos os antigos conselhos, assembleias de escola, e foram criados, agora, os conselhos, não sei, eu agora não sei bem dizer o termo, porque eu durante muitos anos fui presidente da associação de pais e acompanhei isto, e agora o miúdo cresceu, saiu da escola, deixei essas atividades, não é, passou para outra escola. Mas o problema que está aqui é o seguinte, é que este tal conselho tem todas as forças vivas da comunidade representadas, por exemplo em A2a, tem a câmara municipal, tem a banda, a banda filarmónica, tem o clube de futebol, tem a Santa Casa da Misericórdia, tem estas instituições estão todas representadas e bem representadas. Mas o centro de saúde não está representado, nem passaram um único convite ao centro de saúde, para estar representado, e isto é sintomático, e em A2 também não está representado. (...) E é o distanciamento entre as organizações começa logo por aqui, começa que quando, por exemplo, a reunião que nós tivemos, nesta mesma mesa, em que é apresentado o projeto da escola, o que é que pretendem que nós desenvolvamos, aquilo foi acordado entre quem? (E1 SEA2).

Houve, houve um retrocesso enormíssimo, na minha opinião, porque se nós investimos e iniciámos a saúde escolar, neste centro de saúde, deparámo-nos com imensas dificuldades, como é lógico, pela nossa inexperiência, pelo contacto, da novidade que era, com os professores, até mesmo o enfrentar dos alunos, porque nós não tínhamos experiência nessa área. Uma vez que conseguimos abrir essas portas todas, e disponibilizar-nos para novas situações, depois deparámo-nos com as novas diretrizes, dos nossos serviços, portanto, fomos um bocadinho barradas. E como já tinha dito, os professores pretendiam era dar uma continuidade aquilo que estava a ser feito, e não mudar a estratégia que tinha sido consolidada no ano anterior, portanto, foi uma volta atrás. (E3 SEB2).

Intimamente relacionado com este distanciamento, entre os atores intervenientes no desenvolvimento das atividades de saúde escolar, poder-se-á apontar como elemento com influência direta nestes processos o surgimento de discordâncias, enunciadas pelos técnicos de saúde, relativamente às metodologias e estratégias definidas neste âmbito. Estes desacordos, muitas vezes, resultam de situações já mencionadas, funcionando como catalisadores de um mau estar que vai emergindo entre os agentes com responsabilidade na área da promoção da saúde em contexto educativo.

Neste sentido foram reforçados, pelos membros das ESE, aspetos que condicionam estes processos, nomeadamente os relacionados com a inexistência de uma partilha efetiva de opiniões durante o planeamento anual das intervenções em meio escolar, facto que encaram como uma desconsideração pelo seu trabalho, com a resposta atempada às suas solicitações para o envio de dados relativos aos alunos, eventualmente necessários para o diagnóstico das situações e uma melhor preparação das intervenções, e um sentimento de insatisfação no que

se refere à valorização profissional, atribuída pelos pares e outros atores intervenientes no que concerne às atividades desenvolvidas no seio da comunidade educativa.

Eu só queria acrescentar ainda um facto, ainda muito mais grave, é que o centro de saúde, quando é feito o plano da escola, não é chamado para participar no plano. (...) Além de ser grave é uma profunda falta de respeito para com os outros, não é, porque depois vamos buscar a outra entidade, que venha fazer aquilo que nós planeámos, não é? (...) A partilha só é feita depois, quando eles vêm com o programa e nós vemos o que é que vamos desenvolver e o que não vamos desenvolver, e então aí estala, por vezes, o conflito, no bom entender, no aspeto positivo da palavra, não é? Porque isso, se tivesse sido programado como deveria ser e como está legislado na lei da saúde escolar, esse conflito depois, mais tarde, já não teria razão de existir, e seria apenas essa reunião para operacionalizar as coisas. (E1 SEA2).

E ainda sentimos, se calhar, nalgumas turmas o atraso no envio desses dados, por parte da escola e, pelo menos é o transmitido ou a ideia com que nós ficamos, é que, se calhar, acaba mesmo por ser por falta de tempo, por parte dos professores, pouca disponibilidade da parte deles. Não será falta de equipamento, neste caso, mas será mesmo haver tanto trabalho que tem que ser feito que não há tempo para fazerem, para fazerem tudo e, muitas vezes, os dados chegam-nos com algum atraso. E depois o nosso trabalho acaba também por, por estar atrasado, porque só podemos trabalhar aqueles dados depois deles nos serem enviados. (E2 SEA5).

É assim, com as novas tecnologias, se nós tivermos tempo, nós não nos importamos de trazer o computador de casa, não nos importamos de muita coisa ser da nossa casa, certo, o problema é que nós não temos tempo, na UCC, para saúde escolar, neste momento. E sem tempo, uma vez que nós temos um pouco mais de dificuldade, nas novas tecnologias, também temos que ter tempo, como eu disse há pouco, para as por em prática aqui, para depois, quando chegarmos à escola, se não temos esse tempo, se não nos é dado esse tempo, é difícil. Penso que era uma mais-valia, penso que independentemente de algumas..., de acharem que nós não devemos ir para a escola, que é os professores é que são educadores, não somos nós, há coisas específicas que acho que deve ser a saúde (...) a tratar. Porque senão é mais uma matéria que os miúdos interiorizam, e que é para o teste, e é para esquecer, e se calhar se for uma enfermeira, se for uma pessoa diferente, portanto, continuo a achar que a saúde deve ir às escolas e deve haver saúde escolar, agora o tempo e as novas políticas, a gente não manda nada nisso (E2 SEB2).

Outro domínio, integrado nesta área que aborda a ligação entre as escolas e as unidades de saúde, remete-nos para um campo onde confluem as estratégias desenvolvidas pelos atores com o intuito de facilitar a promoção da saúde em meio escolar, implicando o estabelecimento e consolidação de parcerias e interações nesta área, mostrando o seu empenho e criatividade na implementação deste tipo de atividades. Alguns técnicos de saúde realçam este aspeto nos seus discursos, descrevendo relações profícuas estabelecidas com os membros da comunidade educativa, que encaram como uma mais-valia neste espectro de atuação, mencionando também a forma como procuram rentabilizar os recursos tecnológicos disponíveis, obtidos através de projetos desenvolvidos em parceria com outras entidades, que utilizam nas intervenções que desenvolvem quotidianamente.

Eu acho, acho que somos muito bem recebidos nas escolas, quando pretendemos fazer alguma, quando queremos propor alguma atividade, que eles até não nos tinham proposto, seja nas escolas de primeiro ciclo ou nas outras, e acho que o facto da equipa ser multidisciplinar agrada imenso à escola. Não ter só enfermeiros mas terem os técnicos de saúde oral, terem a dietista, e eles gostam de atividades diversificadas e, portanto, acho que isso também é uma mais-valia que eles, todas as escolas têm, nos recebem muito bem, como disse a E3 SEA5. E ficam muito agradados quando queremos fazer intervenções que até eles não se tinham lembrado, e depois mais facilmente recorrem a nós para pedir ajuda, seja em termos de eles próprios prepararem algumas intervenções ou de nós prepararmos para eles, consoante as necessidades que eles, eles acham. (E1 SEA5).

E em B1a igual, e solicitam sessões, temas que eles acham que é pertinente, se estão a dar na formação cívica, na área de projeto, e muitas vezes telefonam, olhem, podem vir cá, falar nisto, neste momento, uma colaboração total com a escola. (E3 SEB1).

É assim, nós, a nossa unidade não tem nem computador portátil, nem projetor, como nós tínhamos um, e temos um projeto em comum com a escola secundária, que é um projeto que já tem quatro anos, cerca de quatro, quase cinco, o Projeto Jovens-Escolas-Saúde⁹². Nesse projeto, entre a saúde e o Ministério da Educação, era fornecido um computador e um projetor que foi sempre utilizado, quando era possível, nessa escola. Acontece que, desde o momento que esta escola, com a questão do Parque Escolar⁹³, foi remodelada, todas as salas têm quadro interativo e projetor, que nós utilizamos, portanto, é um dos métodos que nós utilizamos quando, quando é necessário. Nós o que fizemos, neste momento, é utilizamos esse material que nos está emprestado, que também é nosso, não é, que nos está emprestado e que estamos a utilizá-lo em outras escolas, onde esse recurso não é disponível. (E1 SEB3).

Uma última área, também integrada na dimensão associada às repercussões dos processos e políticas, instituídos localmente, nas intervenções efetuadas em termos de saúde escolar, os membros destas equipas remetem-nos para os aspetos relacionados com a atualização das práticas desenvolvidas e das competências dos profissionais neste âmbito. Neste sentido, mencionam factos relacionados com o (des)investimento na atualização tecnológica e profissional que ocorreu nalgumas instituições de saúde, bem como na dificuldade de reconhecimento das temáticas identificadas como necessidades formativas das equipas, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde, pela dissociação que constata face à oferta facultada em termos de formação em serviço, aspeto que tentam colmatar mobilizando a partilha de saberes entre os membros da equipa multidisciplinar de saúde.

⁹² Projeto implementado em parceria pela Administração Regional de Saúde do Alentejo e a Direção Regional de Educação do Alentejo, tendo como principal objetivo promover a educação para a saúde em meio escolar, através dos contributos facultados pelas áreas da educação e da saúde, fomentando a adoção pelas escolas de políticas e práticas associadas à promoção da saúde, especialmente no que se refere à prevenção de atitudes e comportamentos de risco (Notas de Campo).

⁹³ O Programa de Modernização do Parque Escolar encontra-se essencialmente dirigido ao ensino secundário, visando de forma essencial a recuperação e a modernização dos edifícios escolares, a abertura das escolas às comunidades em que se inserem, bem como o desenvolvimento de sistemas sustentados e sustentáveis que permitam a eficaz gestão deste património (Notas de Campo).

Quando há pouco a minha colega dizia que tinha muitas dificuldades, há uma pequena percentagem que é da responsabilidade dela, porque a resistência à mudança tem vários graus, consoante as pessoas. Mas, no entanto, não é totalmente da responsabilidade dela, ou seja, ela teve o azar, é uma conjuntura de vários fatores, que é os fatores pessoais dela, que tem aquela dificuldade, conjuntamente com a questão de ela ter ficado num centro de saúde que parou no tempo. Portanto, enquanto todos os outros centros de saúde evoluíram de uma forma uniforme, houve dois centros de saúde no distrito que continuaram a funcionar como se funcionava há não sei quantos anos atrás, e os enfermeiros não adquiriram novas aptidões, estão agora a adquiri-las. (...) Apesar de (...) haver uma corrente que se quer atualizar, cada vez mais, e em relação à informação que é veiculada, à forma como comunicamos, à forma como douramos aquela informação que é veiculada, existem ainda muito, muitas pessoas, e em cargos de responsabilidade, que são um obstáculo a que isto aconteça. Existem pessoas que defendem a saúde escolar é uma enfermeira passar o dia inteiro dentro de uma escola, quando isso não tem nada a ver, a quantidade de tempo que nós podemos estar com os alunos, com a qualidade do trabalho que seja feito. (E1 SEA2).

Aliás, relativamente até ao levantamento da formação, das necessidades formativas, daqui da nossa UCC essencialmente, de forma prioritária, foi para o núcleo de formação da ULS Z, dos temas mais votados era, precisamente, estratégias de comunicação, era formação em educação para a saúde, dinâmica de grupos. E, portanto, tudo o que nos tem sido, ao fim ao cabo, imposto para formação tem sido cuidados continuados, cuidados paliativos, e a área da promoção da saúde é descurada, e muitas das formações de cuidados continuados e cuidados paliativos é uma repetição contínua. E não conseguimos de maneira nenhuma e estamos a tentar aqui, com a prata da casa, fazermos formação em serviço, ainda ontem tivemos reunião da equipa alargada, que sugerimos e pedimos à psicóloga para fazer connosco uma, um trabalho, uma formação em serviço nesta área. (E1 SEB3).

No que se refere à dimensão relacionada com a influência dos processos e políticas institucionais, a nível local, no desenvolvimento das atividades de saúde escolar, nas entrevistas efetuadas aos DCEpS não se verificou qualquer alusão a aspetos relacionados com as relações interpessoais, eventualmente por ser um domínio que envolve essencialmente profissionais de saúde e cujas repercussões, naturalmente, desconhecem. Destacam principalmente, tal como os técnicos de saúde entrevistados, a área associada às conexões que se estabelecem neste âmbito entre as escolas e as unidades de saúde, verificando-se também uma abordagem isolada relacionada com a necessidade de atualização de competências.

No que concerne à área mais referenciada pela globalidade dos entrevistados neste âmbito, a ligação entre escolas e unidades de saúde, os docentes referem também o domínio que se relaciona com o distanciamento entre os atores intervenientes nestes processos, sendo inclusivamente mencionada uma menor presença dos técnicos de saúde nas sessões letivas, a par da redução da utilização que fazem de materiais formativos, recursos que anteriormente também disponibilizavam aos docentes, concebendo mesmo este distanciamento como um prenúncio de uma eventual cessação da colaboração que anteriormente existia.

Ultimamente têm utilizado muito pouco. Há uns anos atrás, se calhar há três anos, utilizavam, construíam materiais, e disponibilizavam, e estavam muito connosco nas aulas, e mesmo na divulgação. Atualmente, muito pouco. (CEpS EB1).

E havia uma proximidade e uma aceitação muito grande, por parte do público discente e também do corpo docente, relativamente às enfermeiras e aos médicos que à nossa escola, nos anos anteriores, nos anos transatos, desenvolviam essas ações. Infelizmente, a partir deste ano, vai deixar de existir. (CEpS EB2).

Quanto a outro domínio, também mencionado nesta área pelos membros das ESE, referente à existência de alguma discordância quanto aos processos associados ao desenvolvimento das atividades, neste âmbito, um dos docentes alerta para o facto da atual imposição de implementação destas ações, face a outros condicionalismos como os horários letivos instituídos, poderá levar à realização de intervenções inconsequentes e sem a sustentabilidade necessária para que sejam eficazes.

Há um problema nas atividades de saúde escolar. Isto tem a ver com a imposição de horários que nós temos, com os condicionalismos, e... Isto, às vezes, tenta-se fazer só a saúde escolar, tem objetivos muito grandes, não é, e há uma grande imposição sobre as escolas, e muitas vezes há o erro de cairmos em ações que são pontuais, desarticuladas umas das outras. (CEpS EA1).

O último domínio enunciado nesta área, pelos técnicos de saúde, é também alvo de referência pelos docentes entrevistados, enaltecendo as parcerias e as interações estabelecidas entre as escolas e as unidades de saúde como um elemento de consolidação das intervenções de promoção da saúde desenvolvidas ao nível da comunidade educativa. Neste sentido destacam aspetos que encaram como a tradição de colaboração já existente com a unidade de saúde e o conhecimento da população-alvo pelos técnicos de saúde, que consideram facilitadores, mas também a necessidade de, face às contingências já verificadas, apelar ao voluntariado de alguns profissionais de saúde para conseguir concretizar a programação que efetuaram, havendo também o reconhecimento de que, apesar das vicissitudes, algumas ESE têm cumprido o que inicialmente planearam.

Muito, é assim, este agrupamento tem uma longa tradição de..., sempre interagiu muito bem com a equipa de saúde escolar, há uma longa tradição, porque isto também é uma comunidade. Isto tem a vantagem de ser uma comunidade pequena, os meninos antes de chegarem à escola passam todos pelas enfermeiras e pelos técnicos que vêm fazer saúde escolar, isso é bom, porque eles quando chegam à escola, a equipa de saúde escolar já conhece, mais ou menos, a realidade. (CEpS EA1).

Vou ter que ser eu, e já ando a tomar, a fazer contatos, com médicos de outros locais e com técnicos de saúde de outras cidades, para virem fazer esse trabalho, logicamente por vontade própria. (CEpS EB2).

É assim, esse apoio, eles tentaram no início, fizeram uma reunião comigo e

disseram, basicamente, que também estavam limitados a determinadas saídas de lá, mas até à data eles têm cumprido, tudo aquilo que planificaram comigo têm cumprido. (CEpS EB3).

Finalmente, um dos DCEpS refere, embora de forma mais particular, uma área também referida pelos técnicos de saúde entrevistados, que abarca a atualização de conhecimentos e competências, apesar de este ser um aspeto previsto no PNSE (MS-DGS, 2006), reportando a sua dificuldade em aceder a atividades de formação que fomentem o enriquecimento das suas aptidões, facto que considera desmotivante e penalizador.

É assim, por vezes desmotiva, porque é assim, nós acabamos por gastar dinheiro, não é? Se os outros têm direito, porque é que nós não temos, não é? E por vezes essa formação também não é feita aqui perto da escola, nós temos que nos deslocar, e é muito complicado durante a semana estarmos a dar aulas e, durante a semana, temos que nos deslocar, para essa formação, e vir novamente, porque no outro dia temos que estar aqui na escola, e temos que fazer a nossa vida do dia-a-dia, é muito complicado. (CEpS EB3).

No decurso de um processo de investigação que se encontra centrado na análise da relevância da incorporação e utilização da tecnologia educativa nos projetos desenvolvidos no âmbito da educação para a saúde, pelas ESE, o facto de surgir de uma forma natural a necessidade intrínseca, por parte dos atores intervenientes, de explicitar as controvérsias que se encontram subjacentes aos processos e políticas instituídos, a nível central, intermédio e local, com clara interferência no objeto de estudo, constituiu um elemento complementar de análise que, de forma alguma, poderia ser desprezado, não só pela importância que assume neste âmbito, como pelo facto de facultar uma imagem ampla das circunstâncias que envolvem as práticas destes profissionais e da influência que, globalmente, produzem na gestão da sua atividade quotidiana.

Considerando o facto dos discursos analisados, que apesar da sua significativa extensão se procuraram não descontextualizar face à sua riqueza, facultarem *per si* uma ampla compreensão das questões atualmente relacionadas com a implementação da saúde escolar, a reflexão a que estes nos obrigam remete-nos para a efetiva constatação de que os programas de promoção da saúde, desenvolvidos em meio escolar, se encontram impreterivelmente associados a um conjunto de intervenções que envolvem, de forma complementar, a união de capacitações dos profissionais das áreas da saúde e da educação, que por fatores de natureza múltipla nem sempre ocorre da forma mais adequada, podendo destas interações resultar alguma forma de conflito, induzindo mudanças, avanços e recuos, que levam à (re)definição de orientações e ligações entre os atores (Rodrigues, 2002).

Emerge, no entanto, a necessidade de contemplar toda uma série de conjunções

atuais, explícita ou implicitamente expressas nas entrevistas efetuadas, que traduzem as preocupações dos atores envolvidos na saúde escolar, encontrando-se muitas vezes relacionadas com questões que não têm um carácter exclusivamente prático, mas sobretudo sociocultural e político, manifestamente traduzidas por Pommier *et al.* (2009):

- Se esta responsabilidade for do estado, como pode este cumprir o seu compromisso a longo prazo, perante a drástica redução do número de funcionários públicos que se verifica atualmente nos países europeus?
- Se for competência das organizações regionais responsáveis pelas diferentes unidades de saúde, como pode ser assegurado um sistema que fornece serviços uniformes em todas as áreas geográficas?
- Qual poderá ser o tipo de quadro institucional local que possibilite efetivamente proporcionar intervenções de qualidade para os diferentes alunos, nomeadamente os mais vulneráveis?

Este conjunto de questões parece enquadrar-se, de um modo quase linear, nas grandes dimensões identificadas no sentido de facilitar a análise desta categoria, mais concretamente as implicações no âmbito da promoção da saúde em contexto escolar que emergem dos processos e políticas institucionais emanadas de um nível, respetivamente, central (governo / ministérios), intermédio (ULS / ACES) ou local (Centros de Saúde / UCC). Este facto, de alguma forma, permite-nos contextualizar a relevância dos comportamentos assumidos que, longe de poderem ser considerados meros desabafos, permitem conceitualizar um quadro geral e real da forma como se processa quotidianamente a edificação das intervenções de saúde escolar, onde a tecnologia educativa se enquadra como apenas mais um componente, associado a um processo de contornos multifacetados e complexos.

Contemplando de forma mais direta as diversas dinâmicas estruturais e institucionais que, na atualidade, influenciam os processos em estudo e os contextos em que ocorrem, confirma-se a existência de um intrincado quadro de atuação para os atores intervenientes neste âmbito, perante o imperativo de se adaptarem num curto espaço de tempo a diferentes e pronunciadas alterações principalmente ao nível das políticas de saúde, as quais motivaram uma completa reorganização dos serviços de saúde pública a nível local e regional (MS, 2009a; 2009b; 2008), e das políticas educativas, com a introdução do modelo de educação para a saúde (ME, 2007; 2005a) e da aplicação da educação sexual em meio escolar (AR, 2009; ME, 2005b; MSE, 2010).

Naturalmente grande parte dos aspetos referenciados nesta categoria, tanto pelos

membros das ESE como pelos DCEpS, terão a sua génese nos impactos resultantes de todas estas alterações que, naturalmente, influenciaram positivamente ou negativamente as decisões dos responsáveis pela gestão das organizações de saúde a nível regional que, sem pretender colocar em causa a sua congruência ou legitimidade, terão alterado as prioridades e as dinâmicas estabelecidas, diminuindo o investimento na promoção da saúde em contexto escolar, em fomento de outras áreas de intervenção com resultados mais visíveis de imediato, sendo valorizada a dimensão contábil da saúde, muitas vezes com consequências ao nível das interações anteriormente estabelecidas neste âmbito, entre as escolas e as unidades de saúde.

Esta perspetiva de desinvestimento na saúde escolar não deixa de causar alguma estranheza, pelo facto de ser uma área que merecia um amplo destaque no PNS 2004-2010, onde eram inclusivamente enunciadas metas para a saúde escolar (MS-DGS, 2004a, p. 47) e apontada a importância de “dinamizar equipas de Saúde Escolar” (MS-DGS, 2004b, p. 107), apesar do PNSE (MS-DGS, 2006) se manter em vigor, uma vez que não existe qualquer indicação em contrário. No entanto, após um hiato de dois anos, a realidade é que no atual PNS 2012-2016 (MS-DGS, 2012) as referências à saúde escolar são relativamente diminutas, evidenciando claramente a existência de outros eixos prioritários, o que de alguma forma poderá explicar a mudança de políticas que foi enunciada nas entrevistas, apesar de neste documento ser deixando implícita a manutenção das áreas prioritárias definidas no PNSE.

Apesar de ser nitidamente expresso algum desencanto, por parte dos atores envolvidos nas atividades educação para a saúde desenvolvidas nas comunidades educativas, nomeadamente os técnicos de saúde, relativamente à valorização que vem sendo atribuída à saúde escolar, a análise global do tema relacionado com a utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde não permite que se considere que estes menosprezem a importância da sua utilização neste âmbito, mas sim que sintam alguma impotência no que se refere à possibilidade de investirem de forma mais consistente na sua aplicação, tendo em conta as múltiplas restrições com que atualmente se confrontam, no que respeita ao desenvolvimento sustentado e sustentável de atividades ao nível da promoção da saúde.

Como tal, o imperativo de aceitação da tecnologia não poderá ser alheio à própria estrutura institucional, pois como é referido por Ketikidis *et al.* (2012), é essencial a criação de uma cultura organizacional que incremente a utilização das TIC nas intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde, pois só assim poderão advir impactos positivos e o consequente incremento da capacitação dos agentes de promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida das populações, a nível individual e coletivo.

Tema	Utilização Inovadora da Tecnologia Educativa na Educação para a Saúde																																			
Categorias	Áreas de Intervenção Relevantes (AIR)												Utilização na Saúde Escolar (USE)								Transformações Resultantes da Aplicação (TRA)				Processos e Políticas Institucionais (PPI)											
Subcategorias													Processos Aplicados (PAP)				Competências Mobilizadas (CMO)																			
Dimensões	Estilos de vida saudáveis						Consumos nocivos / Comportam. de risco						Informática		Audiovisual		Tele-comunicação		Técnicas		Cognitivas		Comunicação		Informação		Conhecimento		Empoderamento		Nível central - Governo / Ministérios		Nível intermédio - ULS / ACES		Nível local - Centro de Saúde / UCC	
	Saúde mental	Saúde oral	Alimentação saudável	Atividade física	Ambiente e saúde	Prom. segurança / Prev. acidentes	Saúde sexual e reprodutiva	Educação para o consumo	Consumo de substâncias lícitas	Consumo de substâncias ilícitas	Doenças transmissíveis	Violência em meio escolar	Interatividade	Aplicação múltipla	Aplicativo	Imagem / Som	Informação	Comunicação	Acesso / Utilização	Seleção / Avaliação	Produção / Difusão criativa	Obtenção / Interpretação	Elaboração / Divulgação	Relação interpessoal	Individual / Comunitário	Políticas de saúde pública	Reorganização dos serviços	Políticas educativas	Distribuição de trabalho / tempo	Regulamentação das atividades	Cortes orçamentais	Relações interpessoais	Ligação Escola / Unidade de Saúde	Atualização de competências		
E1 SEA1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•		•		•	•	•	•			•	•			•							
E2 SEA1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•		•		•	•	•	•			•	•			•							
E3 SEA1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•		•		•	•	•	•			•	•			•			•				
E1 SEA2													•				•	•			•	•					•					•	•	•		
E2 SEA2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•				•	•	•	•			•	•							•			
E3 SEA2													•		•				•	•	•	•										•				
E1 SEA5	•	•	•	•	•	•	•	•					•	•		•		•	•	•	•	•	•	•		•	•		•	•	•		•			
E2 SEA5														•				•	•														•			
E3 SEA5	•	•	•	•	•	•	•	•											•	•	•	•				•				•			•			
E4 SEA5													•		•	•			•			•											•			
E1 SEB1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				•		•	•	•	•					•				•	•		•			
E2 SEB1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•		•		•	•	•	•				•				•	•		•			
E3 SEB1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•							•	•	•	•				•				•	•		•			
E4 SEB1														•			•	•	•	•	•					•				•	•		•			
E1 SEB2							•								•					•	•					•	•			•	•		•			
E2 SEB2		•					•								•	•			•	•	•				•	•		•		•	•		•	•		
E3 SEB2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•							•	•	•	•				•				•	•		•			
E1 SEB3			•		•	•	•		•	•	•				•	•			•	•	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
E2 SEB3							•						•		•	•				•	•															
E3 SEB3		•					•						•			•			•	•	•	•			•	•				•	•					
TOTAL	10	12	11	10	11	11	15	10	9	9	9	8	11	2	13	12	4	4	12	8	15	6	9	6	2	10	7	2	10	9	5	9	15	3		
TOTAL SE	5	6	6	5	6	6	6	5	5	5	5	4	5	1	6	5	3	3	6	6	6	5	5	5	2	5	4	2	5	5	4	5	6	3		
CepS EA1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			•			•	•	•	•	•			•		•		•				•			
CepS EA2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			•	•	•		•		•	•			•		•		•							
CepS EA5					•		•						•		•	•				•	•	•	•						•	•			•			
CepS EB1			•				•		•	•					•	•			•	•	•	•							•				•			
CepS EB2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			•	•	•		•	•	•	•			•		•			•	•		•			
CepS EB3	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•							•		•		•	•		
TOTAL	4	4	5	4	5	4	6	4	5	5	4	4	2	1	6	5	5	0	5	3	5	4	4	0	3	0	3	0	5	2	2	0	5	1		

Matriz de Síntese n.º 2 – Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde

4 – Contemplando as virtudes emergentes e os defeitos latentes: Efeitos das dinâmicas instituídas

Com o advento e consolidação da utilização das TIC o seu contributo na esfera da educação, numa perspetiva geral, e da promoção da saúde, num âmbito mais particular, processa-se através de uma dinâmica que envolve a transmissão de informação, imagem e som, que ocorre numa cadência sem precedentes ultrapassando barreiras espaciais e temporais, tornando difícil compreender plenamente, mesmo para os seus utilizadores mais experientes, a total abrangência do seu impacto e influência na sociedade contemporânea verificando-se que, muitas vezes, o célere e contínuo ritmo com que se processa o desenvolvimento destas tecnologias ultrapassa a capacidade de adaptação e integração do indivíduo comum, relativamente às reais potencialidades que facultam.

Este cenário remete-nos para uma realidade quotidiana em que a permanente ampliação da oferta de informação e, consequentemente, do conhecimento, a par da contínua produção e atualização dos recursos tecnológicos, dificilmente se coaduna com a possibilidade de uma imediata reconfiguração dos cenários educativos e das capacitações dos atores que atuam nesta área. Implicando este processo, neste âmbito, fatores de natureza individual, técnica, institucional e, mesmo, política, envolvendo a definição de estratégias que rentabilizem a utilização das TIC na atividade formativa, constata-se frequentemente um desajuste entre os meios disponibilizados nos contextos educativos e os mais recentes recursos disponíveis à população em geral, nesta sociedade de consumo (Jáuregui, 2008).

Perante estas contingências, a utilização da tecnologia educativa ao nível da promoção da saúde e, no fundo, numa perspetiva global, deverá radicar no contributo para o incremento da informação e a gestão do conhecimento sobre saúde, constituindo-se como um instrumento de desenvolvimento individual, comunitário e social disponível aos alunos, docentes, técnicos de saúde, educadores e cidadãos, que possibilite o estabelecimento de atitudes e comportamentos saudáveis, objetivo essencial das estratégias de educação para a saúde, mas também de interações dinâmicas que permitam redimensionar o papel destes recursos tecnológicos, transformando-os em instrumentos dinamizadores de relações humanas e, consequentemente, de progresso sociocomunitário.

“As tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são hoje uma realidade incontornável nas sociedades ocidentais. Pelas TIC passam os fluxos de imagens, sons, de riqueza e de poder que dinamizam e estão na base dos fluxos de informação e conhecimento, provocando a emergência de um novo modelo de sociedade, onde a geração, o processamento e a transmissão de informação se tornam fontes fundamentais de produtividade e poder. As TIC e as redes que elas geram expressam as tendências do processo de globalização e a reconfiguração do tempo e do espaço.” (Espanha, Cardoso & Araújo, 2007, p. 5).

Nesta conjectura, contempla-se ser relevante perspetivar as consequências da aplicação da tecnologia educativa, em intervenções desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde na comunidade escolar (Figura n.º 24), considerando as conceções da globalidade dos atores que (inter)agem neste contexto, nomeadamente os membros das ESE, os DCEpS e os alunos, no que se refere ao impacto efetivo destas ações, ao nível do público-alvo e dos agentes educativos, bem como as vantagens e desvantagens que identificam neste processo, compreendendo como poderá influenciar a participação ativa dos atores envolvidos com o intuito de fomentar a promoção da saúde neste contexto (Sapag & Kawachi, 2007).

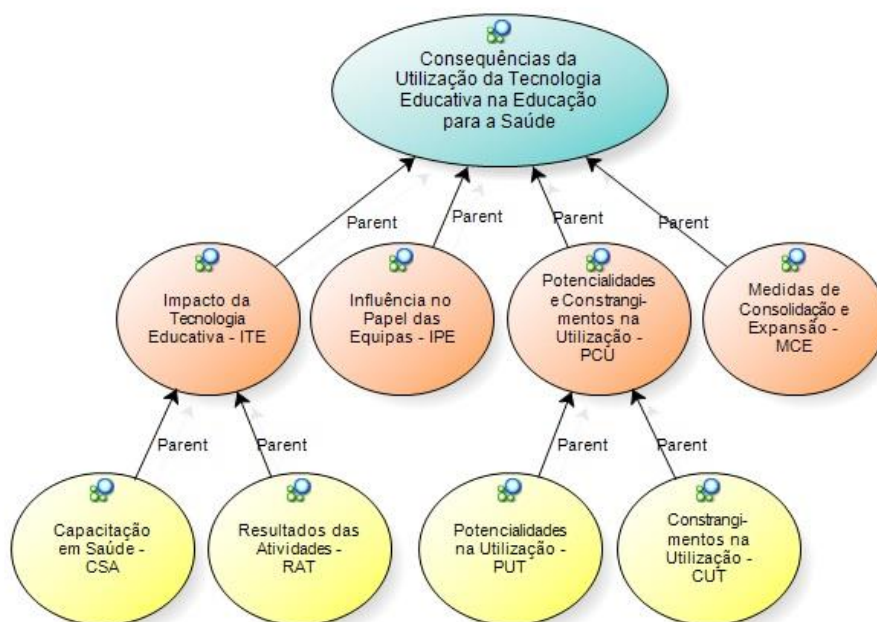


Figura n.º 24 – Modelo de análise do 3.º Tema das entrevistas (NVivo Versão 8.0)

4.1 – Impacto da tecnologia educativa na educação para a saúde

Atualmente são múltiplos os desafios que urge enfrentar ao nível da educação para a saúde, associando-se ao imperativo de responder às necessidades cada vez mais complexas,

que vão surgindo nos contextos socioeducativos quotidianos, a capacidade de o fazer integrando de forma adequada a tecnologia educativa nestes processos, prática que inevitavelmente envolve repensar as estratégias de abordagem ao público-alvo, evitando a tendência de confundir a conveniência que as TIC muitas vezes nos oferecem, para o desenvolvimento destas intervenções, com a qualidade que estes procedimentos devem, efetivamente, ter subjacentes (Kittleson, 2009). Sendo impreterível encarar a aplicação destes recursos num sentido comum e regular, face a sua contemporaneidade, este facto não permite abdicar do contínuo desenvolvimento de competências dos atores envolvidos, especialmente no que se refere ao diagnóstico, planeamento e avaliação das estratégias formativas, elemento fundamental no impacto de todo e qualquer processo educativo.

A eficácia da utilização das atuais tecnologias na atividade educativa, de forma global, e na educação para a saúde, em termos mais concretos, não poderá ser encarada como um fenómeno isolado, mas como um procedimento que pressupõe uma linha orientadora concretamente definida, implicando vontade, capacidade, responsabilidade, partilha e liderança, resultando no real envolvimento das organizações intervenientes no desenrolar destas ações, por forma a existir sustentabilidade e vontade estratégica que possibilite a inovação, proporcionando aos atores intervenientes as condições essenciais para superar eventuais dificuldades ou restrições (Cavalcante & Vasconcellos, 2007).

Estas serão as condições indispensáveis para que os diferentes profissionais, com responsabilidade na área da promoção da saúde no seio da comunidade escolar, tenham uma intervenção congruente e efetiva, influenciando a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis, por parte da população-alvo das suas ações, procurando transcender algumas perspetivas mais reducionistas quanto à integração das TIC na educação para a saúde, adequando cada vez mais a sua aplicação às necessidades educativas de cada escola ou agrupamento, encarando o potencial formativo encerrado em cada um destes contextos, neste âmbito, através duma visão crítica e heterogénea de utilização destes recursos.

Não podendo, mais uma vez, deixar de se relembrar a transversalidade com que a influência das TIC se faz sentir nas diferentes áreas da sociedade, é perfeitamente legítimo admitir a preponderância que progressivamente vêm assumindo ao nível da informação e comunicação na área da saúde, modificando a forma como ocorrem de forma global os processos de literacia em saúde, possibilitando uma clara melhoria na capacidade geral de compreensão das diferentes interações sociais que ocorrem quotidianamente neste âmbito (Thompson, 2003), bem como das efetivas implicações que os problemas de saúde podem

traduzir na nossa existência, a nível individual e comunitário.

4.1.1 – Contributo no âmbito da capacitação em saúde

A capacidade de conhecer, analisar e interpretar os múltiplos fatores e elementos que interferem na saúde constitui atualmente um componente fundamental para que cada indivíduo, grupo ou comunidade tenha não só a liberdade mas também a capacidade concreta de decidir, conscientemente e responsabilmente, o seu posicionamento nesta área. Neste sentido, da interação dinâmica entre a literacia em domínios essenciais como o científico, cívico, cultural e social emerge o conceito de literacia em saúde, constituindo um recurso essencial para que sejam fomentados processos de comunicação efetivos entre profissionais desta e de outras áreas, alcançando também os principais destinatários de qualquer atividade no âmbito da saúde, a população em geral (Zarcadoolas & Pleasant, 2009).

A compreensão das dinâmicas e dos mecanismos que interferem no desenvolvimento da literacia em saúde, representa uma oportunidade de perceber as formas como a informação e a comunicação nesta área é difundida e, posteriormente, apropriada pelos seus destinatários, contemplando a forma como a tecnologia educativa poderá responder às necessidades de conhecimento nesta área. Este poderá ser o real potencial das TIC neste campo, o empoderamento dos indivíduos para que tomem decisões adequadas no que se refere à melhoria da sua saúde e qualidade de vida, reduzindo as desigualdades neste âmbito, operando uma verdadeira abertura para o mundo, de natureza digital, diversa e mais ampla que a proporcionada pelos *media* mais tradicionais.

Nesta perspetiva global parece configurar-se como lógica a perspetiva de associação entre o capital social e a promoção da saúde (Eriksson, 2011), facultando uma inter-relação potencialmente viável, à qual subjaz o enraizamento de procedimentos que influenciam o desenvolvimento de interações humanas, a cooperação e a ação comunitária, visando em última instância ganhos globais em saúde, resultantes do estabelecimento de ambientes de apoio. No entanto, importa referir que não existe uma fórmula universal, que possibilite a edificação espontânea deste tipo de dinâmicas, sendo de destacar o imperativo de se verificar, nestes casos, uma verdadeira vinculação contextual, assumindo este elemento um carácter de natureza basilar nesta conceção.

Com o intuito de perceber o contributo facultado pela tecnologia educativa no incremento da capacitação para a promoção da saúde, ao nível da comunidade escolar,

questionou-se os membros das ESE e os DCEpS sobre este tópico, solicitando que perspetivassem a forma como a tecnologia educativa melhorava as competências individuais e coletivas em saúde, dos membros da comunidade educativa, e quais os fatores relacionados com as TIC que influenciavam a saúde no contexto formativo, em que desenvolviam as suas intervenções de promoção da saúde.

As respostas facultadas pelos técnicos de saúde abordavam três dimensões principais, relacionadas com a influência da tecnologia educativa na capacitação em saúde, ao nível da comunidade escolar, uma que abarca uma perspetiva de carácter individual, relacionada com os alunos, enquanto população-alvo das intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, outra com um cariz de natureza grupal, associada à comunidade escolar, como um todo, e finalmente uma conceção com uma índole mais coletiva, integrando a influência destas ações na família dos alunos e na própria comunidade, em sentido lato, onde se inserem.

Na primeira dimensão, a capacitação em saúde dos alunos, os membros das ESE mencionam principalmente aspetos relacionados com a apetência que os jovens têm atualmente em aceder à informação e desenvolver pesquisas, partilhando os dados que obtêm, requerendo no entanto a supervisão de alguém que acompanhe o processo e evite a aquisição de conhecimentos menos corretos, potenciando estas capacidades em prol do seu desenvolvimento e inculcando-lhes a capacidade de reflexão crítica, que lhes possibilite a tomada de decisões informadas, no que se refere aos estilos de vida associados à sua saúde.

Mas é aí que nós entramos, enquanto elementos da saúde escolar, para informar e para limar as arestas das informações que eles, muitas vezes, têm, que não serão as mais certas, das dúvidas. Porque o facto de terem acesso à informação na rede também lhes aguça, um bocadinho, a curiosidade ou fá-los ter uma opinião própria, que muitas vezes não é a mais certa, mas então lá estamos nós para, às vezes, esclarecer algumas situações. (E2 SEB1).

Mas mesmo as crianças, cada vez mais cedo as crianças gostam dos computadores, da televisão, de coisas interativas, com cores, uma coisa é termos um vídeo, com cores, em que os bonecos se mexem e que os próprios bonecos falam, com música, outra coisa é termos uma folha ou um folheto e dizermos, olha, isto é assim. Acho que mesmo nós, por exemplo, para apresentarmos um vídeo, e a seguir tiramos dúvidas e passamos o vídeo para a frente, passamos o vídeo para trás, eles fazem perguntas, pedem para voltarem para trás, eles próprios tentam explicar uns aos outros, e isso via-se muito na sexualidade, que foi o que nós abordámos. (...) Eles tiravam dúvidas uns aos outros. (E1 SEB2).

Eu penso que, que melhora, melhora a aquisição do conhecimento, da, melhorando a aquisição desse conhecimento vai melhorar as competências, porque é um ganho em termos de conhecimento, essa aquisição, e nomeadamente no dia-a-dia deles, utilizarem esses conhecimentos, em benefício da sua vida, da sua saúde. Porque nós trabalhamos os temas que envolvem a saúde e, como tal, não são temas, às vezes são complementares ao currículo, mas são temas que envolvem a vida e o futuro de, de

cada um deles. E eles têm que se identificar, como tal, que são, eles são donos e senhores da sua saúde individual, nós trabalhamos o grupo mas, nomeadamente, nessa transmissão desse conhecimento, nós temos que chegar a cada um deles, à saúde individual, de cada um deles. (E2 SEB3).

Quanto à segunda dimensão, que abarca a perspectiva de capacitação em saúde ao nível da comunidade educativa, os membros das ESE destacam alguns elementos pertinentes, associando a utilização da tecnologia educativa ao incremento do potencial de promoção da saúde no contexto escolar, incluindo não só os alunos mas todos os elementos que incorporam esta comunidade em atividades formativas que potenciem as suas competências individuais e coletivas neste âmbito, ação que se pode inclusivamente traduzir na criação de grupos de alunos que assumam a função de promotores da saúde na própria instituição, visando influenciar desta forma os seus pares a adotarem atitudes e comportamentos mais saudáveis.

Eu acho que a lógica de tecnologia educativa pode melhorar o empoderamento da saúde, isso aí não há dúvidas nenhuma, que aumenta, pode aumentar o incremento da capacitação, e pode aumentar a promoção da saúde na comunidade escolar (E3 SEA1).

Eu penso que a nossa persistência, a nossa insistência, em fazer as sessões para os auxiliares, ao nível dos primeiros socorros, fazer para os professores ao nível, por exemplo, da pediculose, fazer as sessões sobre as diferentes temáticas, consoante o grau de ensino em que as crianças, os jovens se enquadram, não é, ver se as temáticas são adequadas à idade. Eu penso que é por mantermos esta, esta atitude em que, como é que hei de dizer, essa tecnologia vai, com certeza, melhorar as competências individuais e coletivas da comunidade escolar, não é, mesmo que fique lá muito pouco, mesmo que oitenta por cento não o use, mas vinte por cento pode ser que mude. (E2 SEA2).

Aliás, a nossa intervenção é sempre nesta transmissão de competências e a questão, e quando são os mais velhos, na criação dos tais jovens promotores de saúde, em que nos interessa trabalhar com eles durante um determinado tempo, para que eles adquiram competências e serem eles os promotores de saúde dos seus pares. (E1 SEB3).

Na terceira dimensão identificada, relacionada com a extravasão desta dinâmica, do espaço restrito de intervenção da escola para um âmbito mais alargado, abrangendo a família dos alunos e, mesmo, a comunidade onde se localiza o respetivo estabelecimento de ensino, são realçados aspetos associados à influência dos *media*, nomeadamente a televisão e o rádio, e à exploração que pode ser efetuada dos seus efeitos, diretos e indiretos, na capacitação em saúde da comunidade, sendo igualmente dada relevância à ação dos alunos junto das respetivas famílias, abordando neste contexto e mesmo a nível social os conhecimentos sobre saúde obtidos na escola, assumindo o papel de agentes de mudança, ao nível da promoção da saúde da comunidade onde se inserem.

Para mim é, eu acho que não é só na escola, eu acho que, realmente, um meio de comunicação e tecnologia mais abrangente é a televisão, a televisão, realmente, é, é realmente, porque é visível por toda a comunidade, e é responsável por, muitas vezes, até contradizer aquilo que nós vamos à escola ensinar, não é? Portanto, e às vezes certas séries da televisão influenciam de tal forma os jovens que podem, quer dizer, influenciam também na comunidade, quer comunidade escolar, quer comunidade, toda a comunidade. Penso que é mais por aí, eu neste momento acho que a televisão, em si, tem um, não, não é por nós, na saúde escolar, mas é talvez das tecnologias mais, que chega a toda a população e que influencia bastante. (E2 SEA1).

Nós, neste momento a Rádio H não está a emitir, mas nós estávamos a utilizar a rádio, tínhamos um espaço radiofónico, que era o espaço saúde, em que todas as terças-feiras fazíamos educação para a saúde. Era óbvio que aquela educação para a saúde não chega às crianças, elas estão na escola, embora nós até tivéssemos dito aos professores que, se tivessem oportunidade, sintonizassem o rádio, aquela hora, para os miúdos ouvirem os temas, em determinados dias, que fossem importantes para eles. Mas estávamos a tentar, de forma indireta, chegar através dos avós, através dos pais que estão em casa, as mães, porque fazer educação para a saúde também é de forma indireta, e muitos deles, e nos tínhamos um grande feedback nesse sentido (E2 SEA2).

Os miúdos acabam por, pronto, depois vão para casa e, realmente, eles transmitem e dizem, e, às vezes, e ainda mais, às vezes até calha a encontrarem-nos, por exemplo, e virem com os seus familiares, já não é a primeira vez que acontece, olhe, e faço assim, e faço assado, e fazem ali um resumo daquilo que foi, é, não, é frequente. (...) Sim, acho que, no fundo, como eles aprendem mais naturalmente e, muitas vezes, até a brincar, estamos a falar dos alunos, depois mais facilmente chegam a casa e contam, porque foi uma coisa diferente que tiveram naquele dia, foram, abordaram aquilo de uma maneira muito engraçada e diferente. Lembram-se daquilo que falaram e transmitem essa informação lá em casa, aos pais, aos amigos, uns com os outros, e acaba por haver uma mudança, muitas vezes, do comportamento não só individual, deles, enquanto população-alvo naquele momento, da ação que fizemos, mas depois da, uma mudança do comportamento, até lá em casa ou até, depois, da comunidade escolar onde estão inseridos. Acho que são um bocadinho, depois acaba por ser eles próprios agentes de mudança. (E1 SEA5).

Os DCEpS, quando questionados relativamente à mesma temática, apresentam discursos que se enquadram eminentemente na primeira dimensão identificada, relacionada com o desenvolvimento de capacitações em saúde envolvendo essencialmente os alunos, ou seja de nível individual, embora alguns mencionem também aspetos referentes a uma perspetiva de capacitação em saúde extensível à família, inclusivamente entendida como integrante da comunidade geral, onde se inserem as instituições de ensino.

No que se refere à dimensão relacionada com os aspetos de ordem individual, os docentes entrevistados mencionam a possibilidade dos alunos desenvolverem aptidões de pesquisa, perante a facilidade de acesso e a qualidade da informação disponibilizada nalguns sítios de Internet, permitindo a aquisição de conhecimentos apropriados sobre saúde. Estas competências facilitam a adoção de ações preventivas, responsabilizando os alunos em

relação à sua saúde, sendo referida a possibilidade de fomentar estas capacitações se houver uma habituação precoce, no que respeita à utilização das TIC como instrumentos de educação para a saúde, visando a sua sensibilização para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Essa questão parece-me que vai, um pouco, ao encontro daquilo que eu tinha dito há pouco, que é as tecnologias educativas permitem, e nesse aspeto é muito importante, aceder a uma enorme quantidade de informação, que antigamente as pessoas não tinham acesso. E hoje em dia, com qualquer dúvida, qualquer questão que queiramos colocar, facilmente podemos aceder a um site na Internet e esclarecer essa dúvida, desse ponto de vista é muito importante. E relativamente aos alunos, volto a referir também, há sites na Internet muito bem construídos, muito apelativos para os alunos, onde colocam questões, põem dúvidas, e isso pode ser muito, muito importante, a nível da saúde escolar. (CEpS EA2).

Sim, à partida quanto mais tecnologias forem aplicadas e mais recursos nós tivermos ao nosso alcance, maior vais ser a abrangência das competências e daquilo que nós pretendemos promover, na comunidade educativa. (...) De forma preventiva conseguem-se melhorar algumas competências, nomeadamente as que têm a ver com a alimentação, com a higiene e, até, com os métodos contraceptivos. Acho que tem a ver muito com a prevenção e com a capacidade de se tornarem cidadãos mais conscientes, ativos e responsáveis. (CEpS EB1).

Se essas tecnologias não começarem logo a ser utilizadas, no âmbito da promoção da saúde, nas faixas etárias mais baixas e, portanto, nos níveis de escolaridade mais baixos, na minha opinião, pouco se consegue fazer mudar, em termos de comportamentos. Esta é a minha opinião, portanto. Já se criaram hábitos, já se criaram vícios de forma, em determinados níveis etários, que é provável que se consiga sensibilizar e é provável que se consiga, se utilizarmos estratégias corretas, adequadas, que nem sempre são fáceis de implementar, eu julgo que é possível mudar comportamentos, que é possível sensibilizar, e conseguir atingir alguns objetivos. Mas na minha opinião, o sucesso para se atingir de forma significativa tem que ser, em termos de hoje, tem que começar a ser trabalhado, com essas tecnologias, logo desde os níveis de escolaridade mais baixos. É aí que se consegue moldar a personalidade, moldar os comportamentos de forma mais fácil, de forma mais rápida e, entre aspas, quase indolor, portanto, a aceitação é total. (CEpS EB2).

Quanto aos discursos dos docentes, enquadrados na dimensão referente ao impacto da tecnologia educativa, ao nível da capacitação em saúde no âmbito comunitário, são destacados aspetos como a possibilidade de os próprios pais apoiarem os seus educandos na aquisição de conhecimentos sobre saúde, orientando as consultas em sítios da Internet, sendo também realçada a participação dos encarregados de educação nas atividades de educação para a saúde desenvolvidas na escola, encarando estes eventos como uma clara forma de interação entre a comunidade educativa e a comunidade de inserção da instituição escolar.

A nível de até mesmo para os pais, em tudo que tenham dúvidas, que queiram ajudar os seus filhos, facilmente, através da Internet, há sites que os ajudam, que os orientam, etc., portanto, nesse sentido eu acho que pode ser bastante importante, para desenvolvimento das competências a nível da saúde escolar. (CEpS EA2).

Quando nós falamos na comunidade educativa, para mim a comunidade educativa é a comunidade em geral, com os encarregados de educação. Como tinha dito anteriormente, aí há dois anos atrás, nós fizemos aqui uma atividade que era o dia da comemoração do Dia Mundial da Alimentação e, por parte dos encarregados de educação, fizemos uma feira da alimentação, onde vendemos produtos biológicos, onde tivemos, por parte dos encarregados de educação, uma grande adesão e foi um grande sucesso. (...) Aí houve uma maior valia dos trabalhos dos trabalhos feitos, e também apresentaram aos encarregados de educação. (CEpS EB3).

Não subsistirão grandes dúvidas, atualmente, de que a literacia em saúde se encontrará intimamente relacionada com as condições de saúde das populações, verificando-se inclusivamente existir um progressivo espetro de evidências indicando que esta será uma condição indelével, pois quanto maior for a literacia em saúde dos indivíduos mais saudáveis estes tenderão a ser (Osborne, 2011; Zarcadoolas & Pleasant 2009; Zarcadoolas *et al.*, 2006). A associação dos fundamentos e procedimentos que conectam a literacia em saúde, a promoção da saúde, a literacia digital, a educação e os cuidados de saúde contribuem para uma melhor capacitação dos indivíduos quanto à saúde, permitindo-lhes tomar decisões devidamente informadas.

Nesta perspetiva, contemplando os dados analisados, será natural assumir que existe uma perceção implícita, por parte dos membros das ESE e dos DCEpS, relativamente a este facto, valorizando as capacitações em saúde de índole individual, associadas aos contributos resultantes da utilização da tecnologia educativa no âmbito da educação para a saúde na comunidade escolar, destacando a sua influência no desenvolvimento de aptidões dos alunos ao nível do acesso à informação e, consequentemente, ao conhecimento sobre saúde, elemento que lhes permite acabar por ter, por vezes, uma participação ativa no próprio grupo, em ações desenvolvidas na escola, e a nível coletivo, tornando-se eles próprios agentes de promoção da saúde junto da família e até da comunidade onde se inserem (Green & Tones, 2010).

As diferentes referências verificadas nos discursos relativamente à Internet, enquanto fonte privilegiada de pesquisa de informação sobre saúde, remetem-nos para uma perspetiva de abordagem deste recurso associada à sua integração nas atividades desenvolvidas pelos indivíduos, podendo a sua utilização com vista à obtenção de conhecimentos nesta área ser encarada como uma resposta às necessidades quotidianas emergentes ao nível da literacia em saúde (Lupiáñez-Villanueva, 2009), constituindo uma solução que possibilita a interatividade com outras TIC, modificando progressivamente hábitos e práticas sociais, induzindo uma aplicação personalizada destas tecnologias tendo por base a literacia digital de cada indivíduo.

Tendo por base os elementos anteriormente indicados, configura-se a possibilidade de interpretar os processos de capacitação em saúde, relacionados com os impactos resultantes

da aplicação das TIC na saúde escolar, no contexto em estudo, considerando a influência que o capital social poderá ter na saúde em diferentes níveis de ação, nomeadamente de âmbito individual, de comunidades restritas, como é o caso da escolar, ou num âmbito mais alargado de agregação social, onde podemos integrar as comunidades de inserção das instituições educativas (Kawachi, Subramanian & Kim, 2008b). Constata-se nesta conceção uma evidente congruência com as três dimensões identificadas na análise desta categoria, registando-se inclusivamente algumas analogias com os discursos dos entrevistados que importa assinalar.

De acordo com estes autores, a nível individual o capital social pode ser representado como os recursos e mecanismos envolvidos na capacitação em saúde que facilitam o acesso à informação, elemento central presente nas entrevistas, através das redes existentes, fomentando processos de influência, participação e troca de apoio social. Ao nível do grupo os aspetos relacionados com a conceção de capital social e saúde far-se-ão através do desenvolvimento de aptidões que representam uma propriedade ou um recurso facilitador da ação coletiva, constituindo um elemento de coesão entre os seus membros, aspeto realçado pelos técnicos de saúde entrevistados, ao mencionar, por exemplo, a criação de estratégias de participação ativa na promoção da saúde da comunidade escolar.

Numa perspetiva mais alargada, podendo o capital social ser concetualizado como um elemento que caracteriza a comunidade, de forma global, contribuirá para a abordagem de áreas visando o seu desenvolvimento, onde se poderá integrar a promoção da saúde (Eriksson, 2011). Neste nível o capital social constituirá um fator de influência na saúde, através de processos de influência informal, socialização e construção coletiva, aspetos que se enquadram nas afirmações dos entrevistados, quando realçam o papel dos alunos como promotores informais da saúde junto da família e restante comunidade onde se inserem, atuando como agentes de mudança, podendo-se inclusive estabelecer uma relação com os ganhos em saúde relacionados com os processos de capacitação enunciados a nível individual.

4.1.2 – Apreciação dos resultados das atividades desenvolvidas

A obtenção de um juízo crítico relativamente à eficácia de intervenções ao nível da educação para a saúde, independentemente dos métodos ou técnicas formativas que sejam selecionadas, não constitui normalmente uma tarefa fácil, tendo em consideração que, muitas vezes, os resultados obtidos de forma mais imediata relativamente a capacitações em saúde não perdurarão muito no tempo e que, inversamente, o desenvolvimento progressivo e

sustentado de mudanças que levem à implementação e consolidação de hábitos e comportamentos saudáveis constitui um processo lento, mas geralmente com maior eficácia, em termos de manutenção da atitude adquirida (Carvalho & Carvalho, 2006).

No entanto, não serão certamente estes motivos uma razão suficientemente forte para diminuir a importância de se efetuar ciclicamente a avaliação dos resultados obtidos nas atividades de promoção da saúde, uma vez que a sistematização desta prática se reveste de capital relevância, não só por possibilitar uma melhor compreensão dos processos desenvolvidos mas, também, por permitir verificar o impacto efetivo que as inovações que vão sendo introduzidas nestas intervenções têm no público-alvo, a quem as ações se dirigem, contribuindo para reais ganhos em saúde.

Considerando que uma parte significativa das ações humanas envolve, em maior ou menor grau, uma importante componente comunicacional, no quotidiano as TIC assumem neste campo de ação uma presença inequívoca, que geralmente motiva uma transformação ou adequação dos comportamentos e das práticas individuais e coletivas, face às características que estes recursos oferecem, bem como uma abertura do ser humano para continuamente inovar, que resulta das constantes evoluções que estes meios nos proporcionam. Estas tecnologias, como quaisquer outras que as tenham precedido, requerem disponibilidade e capacidade por parte dos utilizadores para que as consigam aplicar de forma a obter resultados de acordo com as expectativas que lhes estão associadas, implicando uma preparação que possibilite explorar o seu potencial e superar as suas debilidades (Martínez, 2007).

Pretendendo-se compreender a forma como os membros das ESE e os DCEpS avaliavam os resultados alcançados, em consequência das intervenções de educação para a saúde desenvolvidas na comunidade educativa, com aplicação da tecnologia educativa, foi-lhes solicitado que indicassem a forma como perspetivavam a atratividade e eficácia das TIC, empregues neste âmbito, tendo em consideração o público-alvo destas ações, apreciando igualmente a sua satisfação relativamente a forma de utilização destes recursos tecnológicos.

Questionados neste sentido, as respostas dos técnicos de saúde entrevistados incidiam eminentemente em aspetos que permitiram enquadrar os resultados destas atividades em quatro dimensões, estando a primeira relacionada com a complexidade inerente à avaliação dos resultados obtidos. Das restantes, uma encontra-se associada aos procedimentos aplicados, em termos da adequação dos recursos e organização metodológica das ações, outra aos impactos das intervenções, ao nível da mudança de atitudes e comportamentos, bem como da aquisição e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Numa última dimensão foram

integrados os elementos, presentes nos discursos, que contemplam os efeitos constatados no que se refere aos ganhos efetivos em saúde, percecionados ao nível da comunidade educativa.

Mereceu maioritariamente referência, por parte dos membros das ESE, os aspetos relacionados com a primeira dimensão identificada, por um lado pelo facto da mudança de atitudes e comportamentos, elemento basilar nesta área de atuação, ser um processo que não ocorre de forma imediatamente observável, implicando um espaço temporal relativamente longo para que se efetive e consolide, por outro devido a algumas das estratégias de avaliação utilizadas não facultarem, muitas vezes, elementos que permitam uma interpretação clara e objetiva, dificultando a realização desta tarefa.

No que se refere ao primeiro aspeto enunciado, é assumido o facto do investimento efetuado junto da população escolar, ao nível da educação para a saúde, não ser normalmente alvo de um retorno imediato, em termos de resultados objetivados em ganhos ou melhorias na saúde dos indivíduos, pois embora os entrevistados entendam ser este um momento adequado para intervir neste âmbito, as influências sociais e culturais a que os jovens estão sujeitos irão levar a que, por vezes, adotem comportamentos nocivos para a sua saúde, sendo as mudanças lentas e progressivas, resultantes do desenvolvimento de uma maior maturidade, podendo até os resultados deste investimento só vir a ter um efetivo retorno no espaço de gerações.

No ponto de vista de resultado de saúde pública, tem sempre resultados muito escassos, mudar comportamentos implica mudança de comportamentos em duas gerações. Ou seja, espero que os jovens, com quem nós discutimos os assuntos hoje, transmitam aos filhos algumas coisas e modifiquem alguns comportamentos dos futuros filhos, deles é difícil. Eles estão numa fase muito boa, logicamente, o impacto, o impacto da educação para a saúde e da promoção da saúde é muito maior, até, nos primeiros anos de vida, normalmente desde a infância. A primeira infância, está demonstrado que é a fase melhor de adesão, até depois ao fim da, ao término da adolescência, da juventude, modificar comportamentos em adultos é muito mais complicado. Agora, mesmo assim, eu costumo, portanto, são pequenos passos, nunca os resultados, nunca, nunca podemos esperar grandes resultados, resultados, até porque temos muita coisa contra nós, é assim, nós podemos dizer-lhes que não bebem mas, depois, toda a sociedade bebem e leva-os a beber. Nós poderemos dizer que, para não fumarem, mas depois, agora as coisas estão um bocadinho diferentes, mas pronto, mas depois eles são invadidos por notícias e por tudo, tudo o mais. Nós podemos por a questão de, portanto, os resultados são sempre pequenos e nunca são de uma geração, são duas, três gerações. (E3 SEA1).

Portanto, são mudanças que se prolongam no tempo, portanto, é um investimento que muitas vezes o retorno não é imediato, mas é feito em duas, três gerações esse retorno, desse investimento. (E1 SEA2).

Ou, pelo menos, é essa perspetiva, daí que sejam, a educação vai ser medida daqui por uns anos, não é, e aí é que é difícil, às vezes, despende-se tempo e dinheiro para a educação para a saúde, porque só se vê daqui por uns anos. (E2 SEB2).

Quanto ao outro aspeto referido, constata-se que geralmente não existem estratégias de avaliação com um carácter sistematizado, sendo referida a aplicação de instrumentos para este efeito que não especificam concretamente, subjazendo implicitamente a atribuição de uma reduzida valoração da sua eficácia. Constata-se também que, aos processos de avaliação efetuados, encontra-se muitas vezes associada a capacidade de perceção dos próprios técnicos de saúde, reportando-se nomeadamente ao *feedback* que obtêm, tanto por parte do público-alvo das intervenções, como dos restantes membros da comunidade educativa que poderão, eventualmente, encontrar-se presentes no decurso das ações desenvolvidas.

Pronto, muitas vezes, ou a maior parte das vezes, nós não temos instrumentos de medida, para medirmos o impacto, não é, e a nossa ação é a longo prazo, a longo prazo, nós é assim, é mais naquele âmbito, nós acreditamos que possamos, a gente, ser agentes de mudança e que alguma coisa vai mudar. Agora, conseguirmos dizer exatamente, eu não consigo, não é, acredito que as pessoas mudem e que fica lá sempre qualquer coisa, não é, não temos é depois forma de medir, tentamos arranjar alguns instrumentos, mas poucos (E2 SEA2).

Nós muitas vezes, pronto, isto também tem que ver com a idade deles e com, mas muitas vezes, quando aplicamos os questionários, nós, nos questionários de satisfação, pronto, temos lá forma, pronto, temos lá algumas perguntas que dá para perceber se eles, se eles gostaram, se gostaram, se estiveram interessados. Até depois, até perguntamos sugestões, portanto, e normalmente as respostas que temos têm sido bastante positivas (E3 SEA5).

Até porque depois há o feedback, também, deles, que nos dizem, e nós vimos, não é, na reação dos alunos, se aquilo foi ou não interessante para eles, vê-se perfeitamente na expressão das crianças, mesmo sem elas dizerem. Umas dizem e outras não se manifestam, mas vê-se, a gente olha e, muitas vezes, nota-se que não, que aquilo realmente não despertou interesse (E1 SEB1).

O que, o que por vezes costumo fazer é, no final de cada ação, para já faço questão de, muitas vezes, que os próprios docentes, professores, educadores, auxiliares, estejam presente para no final, também, são pessoas que estão mais habituadas, por vezes, por vezes não, diariamente, a lidar com o grupo. Peço também um feedback, se acharam que foi adequado, se acharam que houve algum conteúdo que não estava adequado, alguma alteração que possa fazer, no fundo, pronto, um feedback que me possa, também, que seja uma ferramenta para mim, para eu, para evoluir e para modificar algo, que possa tornar-se mais apelativo para, numa próxima ação. (E3 SEB3).

Outra dimensão referenciada durante as entrevistas, pelos técnicos de saúde, encontrava-se relacionada com a avaliação dos processos que eram empregues no decurso das intervenções desenvolvidas neste âmbito, remetendo-nos os seus discursos para aspetos associados à adequação e eficácia dos recursos tecnológicos utilizados e para a forma como eram organizadas a nível metodológico estas atividades. Em relação à maneira como contemplavam a adequação e a eficiência da utilização das TIC, nas ações de promoção de

saúde efetuadas em contexto escolar, referem que estes recursos induzem uma participação mais ativa dos alunos, captando simultaneamente a sua atenção para os temas abordados, no entanto, mais uma vez destacam a aplicação de recursos tecnológicos de natureza audiovisual, nomeadamente associados à utilização da imagem e do som, que consideram contribuir positivamente para o impacto resultante das intervenções.

Nomeadamente a forma como eles participam, numa participação mais ativa durante as sessões, as intervenções, a forma como estão mais atentos às coisas que estão, às temáticas que estamos a abordar. Esses são, acho que talvez também sejam alguns dados mais empíricos, mas que acabam por nos dar indicação que, de facto, eles estão a gostar da forma como as coisas estão a ser abordadas e da forma como a tecnologia está a ser aplicada. (E1 SEA5).

Tem sido positivo, pelo menos os últimos que temos utilizado tem sido positivo, porque dá sempre para, para além do PowerPoint®, dá para colocar um vídeo, dá para colocar uma música, para depois pensarem na tradução que se faz de determinada música, portanto tem sido bastante positivo a utilização das novas tecnologias. (E2 SEB1).

Eu penso que é o impacto da imagem, a utilização destes meios, (...) que utilizem imagem, o impacto, muitas vezes, é maior. (E1 SEB3).

A apreciação que os membros das ESE efetuaram, quanto à organização das ações de promoção da saúde e às metodologias aplicadas, foi relativamente sucinta e pouco definida, abordando apenas aspetos que realçavam a existência de uma dinâmica de trabalho já reconhecida e valorizada pelos alunos, sendo inclusivamente mencionado por um dos entrevistados o facto de se verificar, em casos particulares, o reconhecimento por parte das instituições de ensino onde foram desenvolvidas estas atividades, relativamente à forma como decorreram, o que acaba por constituir um estímulo para a ação destes profissionais.

Não, mesmo quando nós, durante o período em que fomos às escolas, nós íamos primeiro a umas turmas, depois íamos a outras, uma criança que não era da turma a que nós já tínhamos ido já vinha ter connosco, quando nós entrávamos na escola, e perguntava, é hoje que vêm-nos dar o vídeo que o colega disse que era assim, assim, e para nós vermos também. Eles próprios queriam que nós fôssemos à sala deles, fôssemos falar com eles. (E1 SEB2).

Mesmo os últimos resultados que tenho tido, mesmo ainda há pouco fiz umas ações numa escola do primeiro ciclo, onde recebi, no final das ações, um documento onde há um agradecimento por parte da escola pela ação feita, que houve, que foi realizada com um certo dinamismo e empenhamento, por parte dos alunos que participaram. Portanto foi, tenho tido algum bom feedback relativamente à utilização destes meios tecnológicos. (E3 SEB3).

Numa terceira dimensão, contempla-se o impacto das intervenções desenvolvidas ao nível da saúde escolar, com recurso à tecnologia educativa, verificando-se nos discursos que a

avaliação dos resultados obtidos nesta área se enquadrava em duas vertentes, a primeira relacionada com a alteração de atitudes e comportamentos, relacionados com a saúde, por parte da população-alvo, e a segunda associada à aquisição, mobilização e utilização dos conhecimentos obtidos sobre esta área.

No que respeita à primeira vertente, embora sejam aspetos abordados nas entrevistas apenas por alguns técnicos de saúde, eventualmente pela dificuldade que têm de avaliação destas mudanças, já anteriormente mencionada, não se pode deixar de realçar a riqueza dos discursos destes atores, sendo facultado pleno relevo às pequenas alterações que se vão obtendo, lentamente, em virtude da ação desenvolvida ao nível da saúde escolar, nos hábitos instituídos, não só a nível individual como nos próprios estabelecimentos de ensino, realçando inclusivamente o facto de alguns alunos atuarem ao nível da promoção da saúde na comunidade escolar, utilizando eles próprios as TIC para sensibilizarem e motivarem os seus colegas para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Aqui há uns tempos, sobre educação para a saúde em alimentação, e nós vamos dando pela diferença, porque ela nota-se, mas é muito lenta, pelo menos para o nosso gosto, havia uma altura em que se dizia assim, portanto, havia aquela altura dos Y's⁹⁴. Os Y's, houve uma altura em que os pais comparavam o tamanho dos Y's que os filhos levavam, depois continuaram a mandar os Y's, mas já não reparavam o tamanho dos Y's, e a partir de determinada altura passaram a por os Y's escondidos, porque já sabiam que estava errado mandar os Y's. Eu espero que a partir de determinada altura deixem, são pequenos passos os resultados em saúde pública, é, eu acho que no ponto de vista de saúde pública é como o trabalho da dona de casa, está sempre a ser feito e nunca está feito, completamente. É desgastante, é uma coisa constante, são, portanto, os resultados nunca podem ser esperados grandes resultados, são pequenos passos. (E3 SEA1).

Conseguem-se medidas, é o aumento das saladas na escola, é a presença de mais fruta na escola, é o maior fornecimento de leite. (...) É o maior consumo de fruta e é, por exemplo, redução do tipo de açucarados, mesmo consumidos no bar, tudo isso se vai conseguindo. (E3 SEA1).

Então são eles próprios que utilizam estas tecnologias de informação, para intervir junto dos seus pares e, portanto, o recurso, nós o que tiramos, em termos de avaliação, é que é extremamente positivo, e válido, e útil a utilização da tecnologia de informação na transmissão destas competências. Porque eles próprios sentem essa necessidade, da utilização deste recurso. (E1 SEB3).

Em relação à segunda vertente, um dos técnicos de saúde entrevistados expressa a sua preocupação relativamente à menor eficácia em termos de resultados, caso a mensagem facultada venha a gradualmente perder a sua eficácia. No entanto, outros realçam o facto de utilizarem medidas de avaliação que implicam a utilização dos conhecimentos adquiridos,

⁹⁴ Procedeu-se à omissão do nome comercial do alimento referido pelo entrevistado, por razões de natureza ética.

obtendo adesão por parte dos alunos, mencionando constatar que quando são abordados pelos alunos, inclusive fora do contexto escolar, estes recordam as informações facultadas durante as intervenções, elementos que podemos considerar como indicativos da eficácia das mesmas.

O problema põe-se é depois, é o impacto, não é, é a mensagem perder-se (E1 SEA2).

E, portanto, depois muitas vezes também, no final, fazemos não só a avaliação da satisfação com aplicação de questionários, mas às vezes até fazemos uma espécie, no final, de concurso, com perguntas e depois com várias opções de resposta. E eles gostam imenso e, depois, no fim, até ficamos a perceber que os conteúdos foram administrados de forma, ou foram falados de forma eficaz, porque ficou lá a informação, que eles refletiram sobre estas coisas e que, depois, até acaba por ser um jogo, para saber quem é que responde mais, quem é que responde melhor. E eles acabam, isso dá-nos também o feedback que eles gostaram da forma como estão a ser apresentadas as, as temáticas. (E1 SEA5).

Eles gostaram muito, e reconhecem-nos na rua, e se a gente lhe perguntar, então o que é que nós lá fomos falar há um ano, eles dizem-nos, foram falar disto. (...) Por exemplo, nós fizemos o vídeo, como ela já disse, do Chiquinho, e eles ainda hoje se lembram do vídeo, e dos nomes das personagens, e o que faziam, e o que não faziam. (E1 SEB2).

Uma dimensão final, tem a ver com os reais efeitos, que podem ser apurados, das intervenções de saúde escolar desenvolvidas, utilizando as TIC, elemento fulcral que, eventualmente devido às dificuldades de avaliação mencionadas por estes atores, foi apenas referenciado por um dos membros das ESE, que indicou o facto de, na sequência das ações efetuadas, alguns alunos recorrerem aos serviços de saúde procurando obter informações relativamente aos métodos contraceptivos, podendo esta situação, apesar de ser alvo de uma referência isolada nestas entrevistas, representar um exemplo da real expressão da educação para a saúde neste âmbito, como fator incrementador de ganhos em saúde.

E no caso dos adolescentes ao falarmos, ao fazermos as apresentações, era o que a E3 SEB2 dizia há bocadinho, eles já vêm procurar uma enfermeira de referência, nós aí vimos logo um ganho quase, não digo imediato, mas a curto prazo, não é preciso só ser a longo prazo. (...) Só eles virem cá para falar de contraceptivos, tive uma dúvida vou falar com a enfermeira do centro de saúde que cá veio, ah, a enfermeira que nos apresentou o vídeo era a enfermeira Xis, vou lá procurá-la e tirar a dúvida, acho que isso podemos ter, ver logo ganhos a curto prazo. (E1 SEB2).

Os DCEpS, quando também questionados relativamente à avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de educação para a saúde, desenvolvidas em contexto escolar utilizando as TIC, expressaram apreciações que no seu conteúdo tinham, uma vez mais, elementos de certa forma análogos aos enunciados pelos membros das ESE, salvaguardando a especificidade de algumas asserções presentes nos seus discursos, naturalmente relacionadas com as características mais concretas das respetivas áreas profissionais.

Conforme sucedeu com os técnicos de saúde, também os docentes entrevistados mencionaram alguma dificuldade em proceder à avaliação efetiva do impacto da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, referindo igualmente como fatores associados a esta situação a impossibilidade de verificar num curto prazo de tempo as alterações nos estilos de vida dos alunos e o défice de instrumentos fiáveis que permitam uma apreciação rigorosa e efetiva das transformações operadas, ao nível da saúde do público-alvo destas ações.

No primeiro caso foi reforçado o facto de ser extremamente difícil efetuar uma avaliação imediata dos resultados obtidos neste tipo de ações, uma vez que para além da extrema dificuldade de mensurar e percecionar as mudanças de comportamentos estas não são um processo súbito, ocorrendo normalmente a médio e mesmo longo prazo, o que torna a sua avaliação impossível com um mero teste aos conhecimentos adquiridos. Foi também destacado que, mesmo que exista essa intenção, quando os alunos concluem o seu percurso formativo, afastando-se do contexto escolar onde ocorrem estes processos, dificilmente se poderá efetuar uma avaliação a médio ou longo prazo.

Pois aí é que está o problema, é quando nós..., é muito difícil, quando se está a falar de educação para a saúde e quando nós queremos resultados, os resultados na educação para a saúde não são instantâneos. Porque o objetivo, precisamente, não é só instruir, é provocar uma mudança de comportamentos, e é muito difícil medir mudanças de comportamentos. Não sei se está a entender o que eu lhe quero dizer. Como é que eu meço uma mudança de comportamento, como é que eu vou medir, de uma forma objetiva, uma mudança de comportamento, ou como é que eu tenho, até, uma perceção de uma mudança de comportamento? Eu não posso ter uma perceção imediata, isto os resultados são resultados que nunca são resultados imediatos, são resultados a médio, longo prazo, e às vezes não é fácil medi-los. Agora, é assim, eu posso ver um resultado em instantâneo, que é, eu poderei medir o seguinte, eu utilizei uma tecnologia para tentar clarificar determinada informação, para tentar que o processo de aprendizagem fosse otimizado, e para tentar que o meu público, que os meus alvos, percebessem um determinado processo, aí eu posso medir diretamente, não é? Por exemplo, eu posso fazer um teste de conhecimentos, aí é rápido, mas educação para a saúde não acaba aqui, porque nós podemos transmitir conhecimentos mas, se não houver mudanças nas atitudes, não interessa (CEpS EA1).

Ora, em termos de objetivos atingidos, alguns atingem-se mais facilmente, outros não lhe posso dar uma resposta porque não fizemos, a posteriori, não houve oportunidade, e alguns deles muito dificilmente se consegue saber, porque os alunos saem da escola, portanto, nós não sabemos, de futuro, o que é que vai acontecer (CEpS EB2).

Relativamente à segunda situação, relacionada com as estratégias de avaliação, verifica-se por parte dos docentes entrevistados uma postura algo dicotómica, pois tanto é referida a possibilidade de avaliar o grau de satisfação dos alunos, no que respeita às

atividades desenvolvidas na escola no âmbito da educação para a saúde, através de questionários aplicados no início e no final do ano letivo, como por outro lado é colocado em causa a validade desses mesmos questionários, apontando a sua subjetividade e impossibilidade de confirmar o rigor e a veracidade das informações que neles são expressas. No entanto, curiosamente, tanto numa situação como noutra, a perceção dos docentes aponta num mesmo sentido, uma apreciação positiva das atividades desenvolvidas.

A apreciação, e tenho isso, pois podia ter, se calhar, ter trazido, tenho isso e até feito em estudos, em gráficos, com inquéritos. Porque nós aplicámos um inquérito inicial, anónimo, depois de explorarmos as perguntas, e depois o mesmo inquérito, feito no fim, e tentámos comparar os dados, e temos isso transmitido através de gráficos, do resultado feito do ano passado, e vamos tentar fazer este ano, também. Os resultados finais foram bastante positivos, e eles, e o grau de satisfação dos alunos foi bastante notório. (CEpS EA5).

Algumas áreas onde, nós não conseguimos estar em casa deles, mesmo através de um questionário, os questionários são subjetivos, não é, a pessoa se quiser pode mentir, evidentemente, pode omitir informação. Mas julgo que ajuda e que tem vindo a ser positivo, e tem permitido melhorar e facilitar a prossecução desses mesmos objetivos, na minha opinião. (CEpS EB2).

Em relação à avaliação dos processos aplicados, nas atividades desenvolvidas ao nível da saúde escolar utilizando as TIC, os docentes também efetuaram a abordagem desta dimensão tendo por base dois aspetos, por um lado a adaptação dos meios tecnológicos usados aos temas selecionados, constituindo este o aspeto a que conferiram maior destaque nos seus discursos neste âmbito, por outro a forma como são operacionalizadas, em termos metodológicos, estas intervenções no contexto educativo.

Quanto ao primeiro aspeto, destacado por praticamente todos os docentes, estes apresentam discursos perfeitamente congruentes com os dos técnicos de saúde, realçando a utilização dos aplicativos audiovisuais, nomeadamente com recurso à imagem, que sendo explorados de forma apropriada contribuem substancialmente para a motivação e participação dos alunos, tornando as intervenções mais apelativas e representando um elemento facilitador da abordagem de temáticas que requeiram um maior grau de especificidade, apontando a título de exemplo o caso da educação sexual.

Portanto, os resultados poderão ser bastante mais positivos, por causa do recurso às imagens, etc., e muito mais apelativos para os alunos, se a tecnologia for bem explorada (CEpS EA2).

A motivação dos alunos é maior, a participação também é maior, porque as atividades são mais apelativas. Portanto, eles sentem-se mais motivados e participam de forma mais entusiástica. (CEpS EB1).

É assim, eu acho que a nível da avaliação, acho que se torna positiva, porque se nós formos fazer, por exemplo, uma sessão de educação sexual, em que não utilizarmos as novas tecnologias, é para esquecer, porque os alunos estão na sala, pode lá estar o técnico de saúde de B3, mas eles não ligam, nem os motiva para. Por isso as novas tecnologias é uma maior valia, para que as coisas possam correr de forma positiva. (CEpS EB3).

Apenas um dos docentes entrevistados se reporta ao segundo aspeto mencionado, sendo o seu discurso bastante incisivo no que se refere à importância de preparar convenientemente as formas de exploração dos recursos tecnológicos disponíveis, para que a eficácia da sua aplicação seja apropriada, uma vez que o impacto das TIC não depende apenas dos meios, *per si*, mas essencialmente da maneira como são efetivamente utilizados, enquanto instrumentos auxiliares de ensino.

Pronto, como já disse também, acho que tem muito a ver com a forma como elas são exploradas, e se forem convenientemente exploradas os resultados podem ser muito positivos. Se não forem corretamente exploradas, e se limitarem a trazer um PowerPoint®, e passarem o tempo a ler o PowerPoint®, e utilizarem com termos técnicos que os alunos não conseguem compreender, e se não forem explicados e explorados, não adianta de nada. Portanto, os resultados têm muito a ver com a forma como elas são exploradas, as tecnologias, e não com as tecnologias em si, volto a repetir, poderão ser um excelente instrumento de trabalho, se forem convenientemente exploradas. (CEpS EA2).

No que se refere aos resultados obtidos através destas atividades, em termos dos impactos resultantes das ações desenvolvidas, apenas um dos docentes menciona no seu discurso elementos que podem ser enquadrados nesta dimensão, mais concretamente relacionados com a mudança de atitudes e comportamentos em questões de saúde, por parte dos alunos, destacando o surgimento de mudanças relevantes ao nível da saúde, nomeadamente no que se relaciona com alguns comportamentos de risco assumidos pelos alunos, tanto em termos de violência em meio escolar como do consumo de substâncias, lícitas ou ilícitas, bem como em relação à gravidez e maternidade precoce, aspeto relacionado com a saúde sexual e reprodutiva, no âmbito dos estilos de vida saudáveis.

Em termos de mudança, julgo que em termos de mudança qualitativa, qualquer pessoa da escola poderá dizer, e os próprios alunos poderão dizer que sim, que há uma mudança significativa em termos de comportamentos, essa é a nossa ideia. (...) Mas eu julgo que tem vindo a diminuir, em termos globais, tem vindo a diminuir alguns comportamentos de risco, tem vindo a diminuir algumas situações, portanto, de violência, tem vindo a diminuir algumas situações de um consumo de substâncias psicoativas, tem vindo a diminuir o número de casos de maternidade precoce. Agora, se isso é devido ao nosso trabalho ou não, pois é complicado saber, evidentemente, e julgo que é impossível saber bem. A personalidade, os comportamentos, não resultam apenas das nossas ações, não é, resultam de todas umas condições, uns condicionalismos que nós podemos tentar alterar ligeiramente mas, se calhar, não seremos a principal causa dessas mudanças, acredito que não. Nós podemos apenas

ser o grãozinho de areia, e se conseguirmos salvar um, já não é mau. (CEpS EB2).

Os aspetos referenciados podem também ser enquadrados na dimensão associada aos efeitos produzidos pelas intervenções de educação para a saúde desenvolvidas na escola, com aplicação das TIC, sendo encarados como reais ganhos em saúde que resultam do investimento que tem vindo a ser efetuado nesta área, quantificável através da redução que se verifica no número de casos, elementos reforçados pelo mesmo docente, embora associe algumas oscilações nos valores em consequência da mudança que ciclicamente se opera, de forma natural, na população estudantil das instituições de ensino.

Por exemplo, no número de casos de maternidade precoce. Na minha opinião, e agora não tenho aqui esses dados, mas tenho uma ideia desses dados, o número de casos tem vindo a diminuir ao longo do tempo. E nós muito investimos, nos últimos anos, a este nível, e o número de casos tem vindo a diminuir significativamente. Em termos, também, julgo que em termos, também, de toxicodependência, em termos de consumo de substâncias psicoativas, julgo que tem, porque às vezes isto não é fácil, porque há uma grande mudança e rotatividade, em termos do próprio, os próprios alunos, da própria população discente. (CEpS EB2).

Com o intuito de complementar e validar a informação obtida através das entrevistas, foi solicitado aos alunos do 9.º ano de escolaridade que assinalassem no questionário que preencheram, numa escala de tipo Likert, a sua opinião relativamente a doze frases relacionadas com a aplicação das TIC nas atividades de saúde escolar em que tinham participado, sendo-lhes facultadas cinco opções de resposta das quais deveriam escolher a que melhor expressava o seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmações. Considerando que a consistência interna descreve até que ponto os diferentes itens de uma escala mensuram o mesmo conceito ou constructo, encontrando-se associada à forma como se interrelacionam (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Tavakol & Dennick, 2011), o valor de alfa de Cronbach⁹⁵ apurado (0,880) permite, à partida, assumir a sua fiabilidade.

Efetuando, *a priori*, uma análise global dos resultados obtidos podemos constatar a existência, por parte dos alunos do 9.º ano, de uma apreciação extremamente positiva, relativamente à aplicação das TIC nas atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, em que participaram nos últimos três anos. Após ser efetuado o apuramento da média dos valores percentuais obtidos nas doze proposições enunciadas, relativamente ao nível de concordância expresso em cada uma das categorias de resposta, podemos inclusivamente constatar que uma expressiva maioria dos alunos, mais concretamente 81,4%, assume a este

⁹⁵ Os valores usualmente aceites para o alfa de Cronbach variam entre 0,70 e 0,95 (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Tavakol & Dennick, 2011).

respeito uma opinião favorável⁹⁶, tendo 15,8% uma perspectiva neutra e apenas 2,8% uma opinião desfavorável⁹⁷ (Gráfico n.º 9).

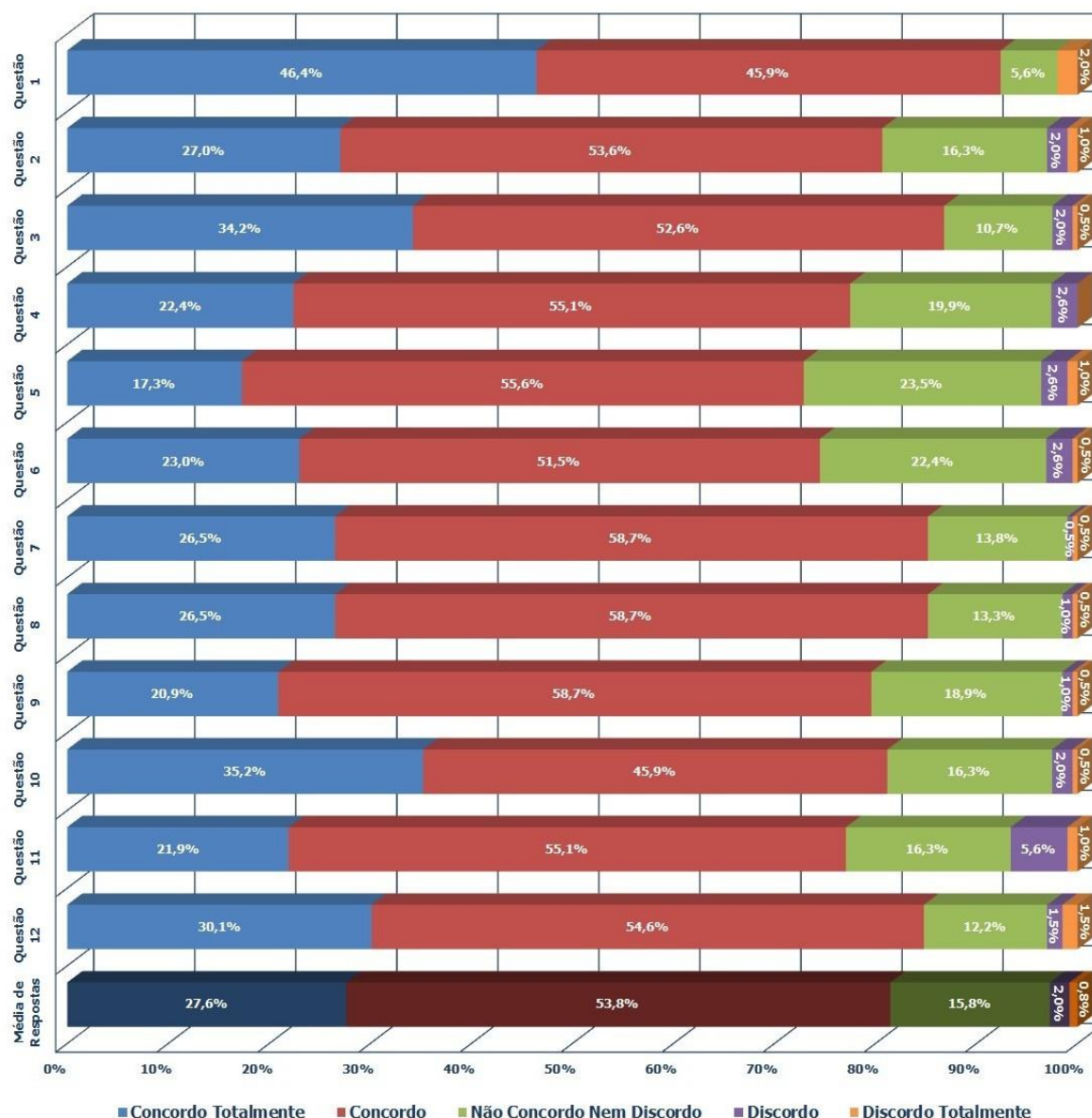


Gráfico n.º 9 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a aplicação das TIC na saúde escolar

Considerando ser importante proceder a uma análise com um carácter mais particular, podemos verificar que a afirmação que mereceu um maior nível de concordância

⁹⁶ Conforme foi definido na metodologia, consideram-se ter assumido uma *opinião favorável* os alunos que assinalaram as opções *Concorde Totalmente* ou *Concorde*.

⁹⁷ Conforme foi definido na metodologia, consideram-se ter assumido uma *opinião desfavorável* os alunos que assinalaram as opções *Discordo* ou *Discordo Totalmente*.

foi a primeira, *Considero importante a utilização das TIC nas atividades desenvolvidas ao nível da saúde escolar*, sendo assinaladas as opções *Concordo Totalmente* e *Concordo* por, respetivamente, 46,4% e 45,9% dos alunos, podendo ser assumido, quanto a esta proposição, a existência de uma significativa opinião favorável de 92,3% dos alunos (Gráfico n.º 10).

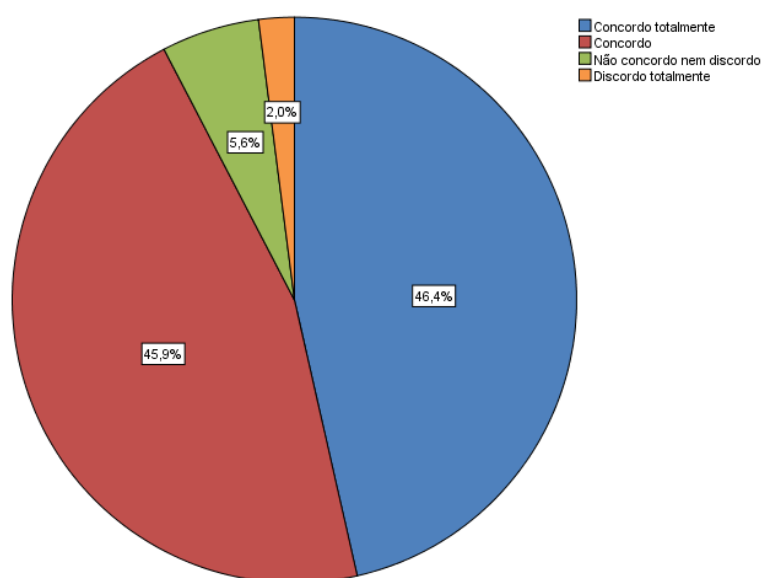


Gráfico n.º 10 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a Questão 1 (SPSS Versão 17.0)

Relativamente à quinta afirmação, *Os conhecimentos facultados pelas TIC na saúde escolar estão relacionados com as minhas necessidades de informação sobre saúde*, verificou-se que foi nesta proposição que uma maior percentagem de alunos assumiu uma opinião neutra, mais concretamente 23,5%, constituindo esta questão também aquela que mereceu por parte destes a expressão de um menor nível de concordância, ao serem assinaladas as opções *Concordo Totalmente* e *Concordo* por, respetivamente, 17,3% e 55,6% dos alunos, apesar de ainda assim se constatar ser maioritariamente alvo de uma opinião favorável, por precisamente 72,9% dos alunos.

No que se refere à afirmação com que os alunos mais discordaram, esta foi a décima primeira, *As temáticas de saúde abordadas na saúde escolar através das TIC são apresentadas de forma atrativa*, tendo sido assinaladas as opções *Discordo Totalmente* e *Discordo* por, respetivamente, 1,0% e 5,6% dos alunos, verificando-se assim uma opinião desfavorável de um total de 6,6% dos alunos. Apesar destes valores continuou a ser uma proposição onde foi assumida, predominantemente, uma opinião favorável, por 77,0% dos

alunos, sendo assinaladas as opções *Concordo Totalmente* e *Concordo* por, respetivamente, 21,9% e 55,1% dos alunos (Gráfico n.º 11), constituindo mais uma vez este resultado um claro indicador da perspetiva que globalmente apresentavam.

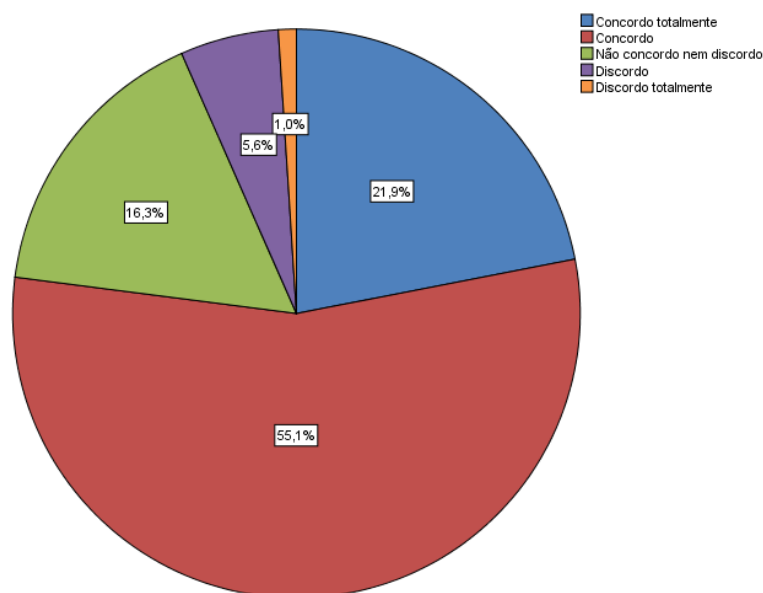


Gráfico n.º 11 – Distribuição das opiniões dos alunos do 9.º ano sobre a Questão 11 (SPSS Versão 17.0)

Conjugando a totalidade dos dados analisados, relativamente aos resultados das atividades desenvolvidas, apesar de se verificar a expressão de certas dificuldades no que se refere à avaliação concreta e objetiva dos impactos, por parte de alguns dos entrevistados, de uma forma global não se poderá deixar de fazer uma apreciação positiva que se concretiza, de forma plena, ao se apurar as opiniões dos alunos. Enquanto principal população-alvo das intervenções realizadas em meio escolar, no âmbito da educação para a saúde, onde o papel da tecnologia educativa surge inequivocamente valorizado, o posicionamento que assumem quanto a esta temática, permite confirmar a importância das TIC na promoção da saúde a este nível, deixando antever um campo de ação que urge (re)explorar e consolidar.

Sendo um facto inquestionável que a educação para a saúde não é, e dificilmente pelas suas características poderá ser, uma atividade que produza mudanças instantâneas ou passíveis de um tipo de mensuração que evidencie de forma mais ou menos aparatosa os objetivos alcançados, as modificações que vão sendo relatadas pelos atores, que atuam no terreno, serão para eles motivo de congratulação e orgulho. Perante a evidência, afirmada por alguns dos entrevistados, que este será um processo que poderá durar gerações, determinados

indicadores que apontaram, representando pequenas mas significativas vitórias, serão elementos que facilitarão indubitavelmente a ancoragem de modificações futuras, visando solidamente alicerçar ganhos em saúde para os indivíduos e as comunidades, atualmente alvo das intervenções destes profissionais da educação e da saúde.

Relativamente às dimensões selecionadas, como elementos estruturantes da análise desta subcategoria, nomeadamente a complexidade na avaliação dos resultados, a apreciação dos processos aplicados, o impacto das ações desenvolvidas e os efeitos verificados ao nível da saúde, verificamos que se enquadram de forma perfeitamente coerente com as asserções enunciadas por Carvalho & Carvalho (2006), tanto no que se refere aos aspetos abordados na primeira dimensão, nomeadamente no que respeita ao espaço temporal em que ocorre, pois “Alguns dos efeitos são imediatos e de curta duração, outros são lentos a desenvolver-se, mas de longa duração.” (p. 74), como nas restantes três dimensões:

- “i) *Processo – Nível de capacitação dos educadores, relações dentro da equipa de trabalho, adequação dos materiais educativos e outros recursos materiais, metodologia educativa, organização e seguimento de atividades e consistência interna do programa;*
- ii) *Impacto – Conhecimentos obtidos, mudança de atitudes, desenvolvimento de capacidades, nível de auto-cuidado e utilização dos serviços de saúde;*
- iii) *Resultados – Mortalidade, morbilidade, incapacidade, esperança de vida e qualidade de vida.*” (p. 72).

Apesar da congruência que, no geral, mais uma vez se constatou nos elementos-chave dos discursos dos membros das ESE e dos DCEpS, que permitiu aplicar a ambos a mesma matriz, em termos das dimensões estabelecidas, subsistem pequenas diferenças, que talvez neste caso seja excessivo apelidar de divergências, naturalmente resultantes da sua estrutura identitária, que induzirá cada grupo profissional a valorizar aspetos concretos, como a dificuldade de avaliação dos resultados, no caso dos primeiros, ou a adequação dos recursos tecnológicos aplicados, no caso dos segundos. No entanto será de destacar as referências que, análogamente, fazem do impacto resultante neste âmbito da utilização dos recursos audiovisuais, onde destacam o manifesto potencial da imagem como elemento de carácter formativo (Calado, 1994), intimamente associado aos atuais *media* e do agrado dos alunos.

Importando uma vez mais assinalar a perspetiva positiva que foi outorgada aos resultados obtidos, neste âmbito de intervenção, pelos alunos que participaram no estudo, espera-se que represente a emergência de um maior dinamismo e protagonismo da sua parte nesta área, materializado no assumir progressivo da responsabilidade pelo seu próprio processo de aprendizagem, desenvolvendo a aptidão de *per si* obterem conteúdos, destrezas e competências, que lhes permitam tomar decisões e identificar as suas próprias necessidades de

informação, selecionando os meios e os processos através dos quais poderão efetuar a construção do conhecimento (Cebreiro, 2007). Só desta forma poderemos assumir o real papel das TIC no empoderamento, individual e coletivo, das populações-alvo das intervenções de saúde escolar, contribuindo estes recursos para a melhoria da sua qualidade de vida, bem como da comunidade em que se inserem, fomentando a literacia em saúde.

4.2 – Influência da tecnologia educativa no papel das equipas de saúde escolar

Conforme ocorreu nos diferentes setores da sociedade, verificou-se progressivamente a integração das TIC nas diversas áreas de atividade educativa e apesar de, muitas vezes, a forma como são utilizadas poder ser dissemelhante, constituindo ainda para alguns utilizadores um elemento restritivo, não subsistem dúvidas em conceber, de forma global, estes recursos como um elemento facilitador dos processos formativos. Assim, podemos considerar que o seu contributo se processa eminentemente nas esferas da informação, comunicação e gestão, resultando da convergência destes elementos o imperativo de produzir, disseminar, retificar, aumentar, questionar e democratizar o conhecimento (González, 2007b).

Conforme se encontra estabelecido no PNSE, “Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos.” (MS-DGS, 2006, p. 5), encontrando-se no seu espetro de competências a função de assumir um papel ativo e determinante na comunidade educativa facultando, dessa forma, o seu contributo para o desenvolvimento de atividades que possibilitem a consecução de ganhos em saúde, consolidados a médio e longo prazo, que proporcionem uma existência mais saudável e uma melhor qualidade de vida não só aos alunos, mas também às famílias e comunidades, onde se inserem

Conjugando os aspetos atrás mencionados, podemos considerar os recursos tecnológicos, quotidianamente disponíveis, como instrumentos com um amplo potencial de aplicação ao nível da promoção da saúde, competindo aos técnicos de saúde que integram as ESE, em colaboração com os seus parceiros mais diretos neste âmbito de atuação, os DCEpS das escolas, encontrar as estratégias mais apropriadas e eficazes, que possibilitem adequar a sua utilização por forma a incrementar os resultados das ações de educação para a saúde, desenvolvidas no contexto educativo.

Perante esta perspetiva, torna-se relevante procurar compreender de que modo a integração da tecnologia educativa, neste âmbito específico de intervenção, poderá influenciar os papéis desempenhados pelos membros das ESE, pelo facto de implicar a articulação entre competências relacionadas com a literacia digital, enquanto processo complexo que não depende apenas dos recursos utilizados mas que envolve a capacidade dos indivíduos e organizações em se adaptar às TIC (Pérez *et al.*, 2010), e a literacia em saúde, implicando facultar à população-alvo das ações a capacidade de procurar, compreender, avaliar e utilizar a informação obtida, com o intuito de efetuar escolhas informadas, reduzir os riscos de saúde e aumentar a sua qualidade de vida (Zarcadoolas *et al.*, 2006).

Tendo como principal propósito compreender a influência da tecnologia educativa na definição atual do papel atribuído às ESE, foram questionados neste sentido os técnicos de saúde que as integram e os DCEpS, solicitando-lhes que perspetivassem os desafios que a utilização das TIC na promoção da saúde coloca às ESE, bem como a forma como a aplicação destes recursos poderá alterar as intervenções desenvolvidas por estas equipas, neste âmbito, considerando a sua influência no despoletar de muitas das atuais mudanças sociais.

No que se refere a esta categoria, as respostas de muitos dos membros das ESE foram de alguma forma sucintas, permitindo no entanto perspetivar três dimensões nas quais, de modo geral, se englobavam as suas conceções sobre a influência da tecnologia no papel que desempenhavam ao nível da saúde escolar. Uma encontrava-se relacionada com a perceção do contexto de intervenção, fundamental para adequar a atividade às expetativas quotidianas do público-alvo quanto ao uso das TIC nestas ações, noutra dimensão apontavam a participação ativa, podendo aqui estas tecnologias ser elemento fundamental dos processos de persuasão e sensibilização associados à promoção da saúde, finalmente indicavam as aptidões de utilização desenvolvidas, essenciais à adequada aplicação destes recursos.

Em relação à primeira dimensão os técnicos de saúde entrevistados destacaram dois aspetos fundamentais, as modificações que surgiram nos contextos educativos, por influência das TIC, e o modo como originaram modificações na forma de preparação das intervenções desenvolvidas. Sobre o primeiro aspeto destacado, mencionam o facto da informação e do conhecimento se encontrar em permanente atualização, situação da qual resulta a necessidade de contínua adaptação e atualização dos membros das ESE, mas realçam essencialmente o imperativo de existir uma adequação às expetativas da população-alvo, em termos do uso das tecnologias, elementos que associam contribuir para um maior impacto das ações desenvolvidas e para a obtenção de melhores resultados.

No papel atual das equipas, agora se eu analisar aqui estas questões, se calhar eu tenho que lhe responder de uma forma diferente. É assim, o desafio à equipa de saúde é diferente, ou seja, enquanto que aqui há uns anos nós iríamos, enquanto equipa da saúde, iríamos para a escola discutir com os jovens como senhores sabedores da realidade e da verdade absoluta. (...) Aqui há uns anos atrás nós chagávamos lá e eles eram mais ou menos ignorantes, em muitas situações, nós tínhamos informações que lhes podíamos transmitir, e que nós até considerávamos que estavam certas, neste momento nós temos uma realidade completamente diferente. (...) Quer dizer que nós andámos vinte, trinta, quarenta anos a fazer uma definição e a dizermos, não senhor, isto é assim porque é assim, como certo, quase por sistema, é assim porque está escrito num livro e porque, e agora, de repente, descobrimos que tudo é dúctil, tudo é variável. (E3 SEA1).

Eu acho que elas tanto podem ser feitas de uma forma como da outra, mas o impacto é completamente diferente, portanto eu acho que, realmente, nós temos que adequar à população que temos e é muito mais, pronto, e realmente tem muito melhores resultados, nota-se perfeitamente, portanto, com a utilização da, destas, desta tecnologia. (E3 SEA5).

Foi uma perspetiva de mudança e será, porque temos que ir ao encontro da atualidade, é impensável a gente agora, num grupo de alunos, estar a projetar um acetato, ou como antigamente projetávamos os slides, portanto temos que ir ao encontro da evolução da tecnologia. (E2 SEB3).

Nesta sequência, o outro aspeto referenciado aponta a necessidade de proceder a uma correta organização prévia das atividades de promoção da saúde, desenvolvidas neste âmbito com recurso à tecnologia educativa, indicando existir um esforço em preparar as intervenções contemplando as expectativas dos alunos, mostrando capacidade de estruturar de forma congruente as ações, melhorando não só a sua eficácia, mas também a aceitação e credibilidade dos técnicos de saúde no seio da população-alvo.

Eu penso que (...) demonstra que nós estamos a acompanhar a onda, portanto, nós ajuda-nos, de alguma maneira, a mostrar, até pode ser só uma tentativa, não é, mas estamos, de alguma maneira, atualizados, que até sabemos lidar com as tecnologias, que nos esforçamos por apresentar coisas enquadradas naquilo que os miúdos até possam estar à espera. Penso que ajuda, é uma boa ajuda, é uma mais-valia, do que estar a usar métodos antigos (E2 SEA2).

Se fizermos uma ação dinâmica, bem organizada, saber levar aquela ação que estamos a fazer não como, propriamente, uma aula ou uma ação, mas como uma conversa dinâmica, tentar, para eles também perceberem que, realmente, que aquilo está feito de uma maneira bem estruturada. E, assim, saber conduzir bem e utilizar estes, estes meios tecnológicos mostra também como, faz com que, também, as pessoas que estão a ver ganhem algum respeito por nós, e algum entusiasmo com a ação que estamos a fazer, por isso eu acho que há uma grande ligação entre nós e esse meio tecnológico, que nos pode valorizar, também a nós. (E3 SEB3).

Considerando a segunda dimensão identificada, referente ao incremento que as TIC proporcionam, ao nível da participação ativa, na saúde escolar, embora seja abordada por menos membros das ESE proporciona discursos de alguma forma ricos, onde se realça a

interação estabelecida entre técnicos de saúde e alunos, de forma mais aberta, flexível e construtiva. São percecionadas conceções que privilegiam a visão da população-alvo como um parceiro efetivo das intervenções de promoção da saúde, conectando-os de forma mais efetiva e responsável ao seu desenvolvimento, funcionando a tecnologia educativa como catalisador deste processo, pelo facto de ser um elemento que lhes é familiar e apelativo.

Neste momento nós vamos para a escola discutir com os jovens, muitas vezes, questões que eles até já viram e que têm ideias, ideias que vão discutir connosco, e essas ideias, às vezes, podem ser erradas, podem ser certas, mas têm que implicar da nossa parte algumas mudanças. E mudança naquilo que já se falou anteriormente, por exemplo, temos que ter que ser muito mais humildes, ou seja, nós temos que assumir perfeitamente que podemos ir para um, discutir com os jovens uma determinada situação, e temos que lhes responder, olhe, não sei. Sei que tens razão, deixa-me confirmar isso e depois a gente fala melhor, portanto, acho que há mudanças nesse aspeto, não na própria equipa de saúde, mas na postura que a equipa de saúde vai ter que ter com os jovens, porque não é de forma alguma a mesma coisa. (...) O que é branco hoje amanhã é preto, o que, portanto, ou seja, temos que ter muito mais humildade e muito melhor capacidade de discussão e temos que, também, que ter uma abertura de espírito melhor. (E3 SEA1).

Eu acho, eu acho que é uma influência sempre positiva, porque eu penso que que a nossa presença num grupo de alunos, numa escola, se nós, no nosso papel de técnicos de saúde, que à partida deixámos de ter aquele, a posição que existia, e que é defendida ainda por alguns. Que o técnico de saúde é sabedor e que terá que ter uma atitude quase de, de professor catedrático numa, que não é essa a nossa intenção, e se nós queremos levar o barco a bom, a bom porto, nós temos que os envolver e temos que ter outro tipo de atitude e, portanto, não vamos ter uma atitude, a atitude do professor é diferente. Agora, é evidente que o nosso papel, nós temos que ser flexíveis e temos que ter, e utilizando estas tecnologias, o nosso papel, eu penso que até a nossa imagem e a nossa, a nossa presença é, é aceite de outra forma. E, portanto, o nosso papel tem que ser de um técnico de saúde que corresponda às expectativas mas que, de certa forma, também é uma pessoa que está, que utiliza os métodos, os meios tecnológicos que eles conhecem e que, para eles, já lhes são, que já lhes são (...) familiares, exatamente. Portanto, eu acho que é um papel, é facilitador. (E1 SEB3).

Outra dimensão assinalada reporta-se às competências desenvolvidas, pelos membros das ESE, visando uma correta utilização da tecnologia educativa neste âmbito, envolvendo o desenvolvimento de aptidões técnicas, capacidade de inovação e criatividade, bem como faculdades comunicacionais. De forma global apontam aspetos como a aprendizagem prévia que é exigida aos técnicos de saúde, para uma correta aplicação das TIC, o desafio que para estes constitui a necessidade de se manterem a par das inovações nesta área, visando melhorar a satisfação dos público-alvo e a eficácia das ações, para além de referirem procurar utilizar o potencial comunicacional associado à tecnologia educativa, enquanto elemento de carácter facilitador da abordagem de temáticas mais complexas.

Coloca-nos novos desafios de sermos sempre obrigados a aprender mais e a saber mais, a saber mexer na nova tecnologia, porque não vamos para os miúdos sem saber onde se carrega no botão, ou onde se faz, ou onde aparece o som, não é? Coisas simples, estou a referir, inclusive e por exemplo, nós ainda não tentámos, mas até jogos interativos com novas tecnologias, primeiro temos que aprender nós, não é, para depois, e penso que colocam novos desafios e tudo o que seja para aprender, para nós, equipa jovem, é muito importante. (E2 SEB2).

Porque como nós vivemos nesta sociedade tão competitiva, a inovação acaba por ser um desafio que se coloca sempre, e na saúde escolar também, quanto mais inovadoras forem as nossas intervenções maior é a satisfação que nós sentimos, por parte do nosso público-alvo. (E1 SEA5).

É, porque nós andamos, é engraçado, andamos sempre à procura de novidades, vá, entre aspas, tecnológicas, para ver se a gente consegue levar (...), e isso influência, pronto, ajuda-nos. (E1 SEB1).

Isso vem um bocado ao encontro, acho eu, do que se referiu há pouco, por exemplo, não estarmos muito à vontade em determinados temas (...) e da nova tecnologia de ser facilitadora desse, pronto, de quebrar um bocado o gelo, de ajudar. (E2 SEB2).

Foi igualmente solicitado aos DCEpS que se pronunciassem relativamente à influência que outorgavam à tecnologia educativa na determinação do atual papel das ESE, verificando-se que, de forma global, enunciavam, no que se refere a esta questão, constructos de algum modo semelhantes aos já referenciados pelos técnicos de saúde entrevistados, podendo-se inclusivamente enquadrar as respostas obtidas nas dimensões de análise já estabelecidas anteriormente para esta categoria, sendo esta analogia também constatada em termos dos aspetos que tinham sido mais valorizados pelos membros das ESE.

Em relação à primeira dimensão, associada à interpretação do contexto de intervenção, enquanto elemento base para a definição das estratégias orientadoras das atividades de promoção da saúde, alicerçadas no conhecimento da realidade quotidiana, os docentes destacam o desafio das ESE compreenderem as características do público-alvo, no sentido de responderem às suas necessidades formativas, tendo em consideração a facilidade como os alunos utilizam as tecnologias. Também é referida a influência das TIC na definição das estratégias de atuação neste âmbito, pois tomando em consideração o seu carácter apelativo e motivador para os alunos, verifica-se que, na organização das atividades desenvolvidas, as ESE têm procurado integrar este tipo de tecnologias.

Nisso coloca porque as equipas de saúde escolar também têm que estar na linha da frente, porque se elas querem interagir com jovens, não é, primeiro temos que entrar na cabeça dos jovens. Aí coloca imensos desafios, porque é assim, porque os jovens estão, em termos de utilização de tecnologias, eles estão muito mais à frente do que as pessoas que vão, precisamente, operar no terreno, na educação para a saúde. Aí coloca grandes desafios, porque essas pessoas têm, em termos mentais, as equipas de saúde escolar têm que estar muito mais à frente, em termos

de utilização das tecnologias, o que é difícil. (CEpS EA1).

Eu acho que muda um bocadinho, para já porque os miúdos estão muito habituados a lidar com as tecnologias, logo para eles é muito mais fácil entender essa linguagem e estão habituados a coisas muito apelativas. (CEpS EB1).

Tem condicionado, claramente, a escolha das ações, das estratégias, que as equipas nos últimos anos (...) têm optado. Portanto, muitas das, obviamente, primeiro começa-mos, primeiro partimos, logicamente, pelo diagnóstico, com base nesse diagnóstico nós propomos determinados objetivos, não é, determinadas metas, mas muitas vezes o tipo de ação escolhida depende muito, exatamente, dessas tecnologias de informação e comunicação, em particular, e de outras tecnologias educativas, mais modernas, portanto, destas. Portanto tem sido imprescindível e fundamental, porque têm orientado muito o tipo de estratégia a escolher. (CEpS EB2).

No que concerne à segunda dimensão, relacionada com a adoção de uma postura mais ativa, em termos da participação das ESE, proporcionada pelo uso das TIC, embora esta tenha sido a menos destacada pelos docentes, é significativo que nela seja feita menção ao envolvimento dos técnicos de saúde, numa perspetiva ampla, no seio da comunidade educativa, procurando utilizar estes recursos para persuadir e sensibilizar os seus diferentes membros para a prevenção de problemas de saúde, visando deste modo promover um ambiente escolar mais saudável e seguro.

É assim, cada vez mais as equipas de saúde escolar estão mais interessados em que tudo corra bem dentro da escola, para que não haja casos complicados, nem de doenças, nem de violência, nem outros problemas de saúde. Acho que tentam sempre para correr as coisas o mais correto possível, o melhor, para haver informação na escola, para haver conhecimento, para que os alunos adquiram valores, atitudes, para que eles consigam levar da escola e levarem para fora da escola as melhores coisas que possam. (...) Sem dúvida nenhuma, há uma integração entre a escola, entre os professores, entre a comunidade toda, em geral, educativa, há essa preocupação (CEpS EB3).

Quanto à última dimensão estabelecida nesta categoria, evidencia a integração de novas capacitações pelos técnicos de saúde, nas práticas que desenvolvem em contexto formativo, das quais resulta uma melhor utilização da tecnologia educativa, sendo mencionado também pelos docentes a necessidade das ESE estarem atualizadas em termos técnicos, por forma a procurar acompanhar o desenvolvimento das aptidões da população-alvo nesta área, visando uma exploração criativa e apropriada das TIC que melhore os processos comunicacionais, facilitando a transmissão de informação que possibilite contribuir para a promoção da saúde escolar.

Coloca desafios, e grandes, porque o problema é esse, é as equipas de saúde escolar saberem utilizar as tecnologias, não é só saber utilizar, é como é que as vão utilizar da melhor forma para atingir uma população que, se calhar, está muito mais informada, em termos de tecnologia, que as equipas de saúde escolar. (CEpS EA1).

Sendo a tecnologia educativa hoje um recurso tão utilizado, entre aspas, e tão na moda, é muito o desafio que se coloca às equipas de saúde escolar, é conhecer quais as potencialidades que as tecnologias educativas têm, e de que forma é que elas podem ser utilizadas, da melhor forma possível, em proveito do sucesso escolar dos alunos. Portanto, é importante conhecermos as potencialidades que elas têm, de que forma é que elas podem ser exploradas, de que forma é que elas podem contribuir melhor para a promoção da saúde escolar, o desafio vai, sobretudo, nesse sentido. Portanto, ter o conhecimento daquilo que se pode fazer, como é que nós podemos explorar as tecnologias, de forma a ir ao encontro das necessidades dos alunos, e de que forma é que isso poderá, de que forma é que nós poderemos fazer com que as tecnologias melhorem, então, a promoção, conduzam à promoção da saúde escolar. (CEpS EA2).

Eu não sei se modifica a atuação, possivelmente. Eu sou do tempo em que nós tínhamos livros só com letras, que nos tínhamos que..., tínhamos que nos apetrechar de muitos mais coisas e de muito mais em termos de linguagem, para nos fazermos perceber. Agora é muito mais fácil transmitir um conceito, quando se explica e quando se mostra os efeitos desse conceito, portanto, eu acho que é muito mais fácil transmiti-lo, e acho que é muito mais fácil, pela parte deles, apreenderem esses conhecimentos. (CEpS EA5).

Considerando os dados analisados nesta categoria constata-se que, contrariamente que que sucedeu em circunstâncias anteriores, onde se verificaram algumas diferenças de carácter eminentemente concetual entre as apreciações expressas pelos membros das ESE e pelos DCEpS, subsistiu neste caso uma manifesta convergência entre os diferentes atores no que concerne às dimensões identificadas. Este facto contribuiu decisivamente para a obtenção de uma perspetiva bastante concreta no que se refere à influência da tecnologia educativa na estruturação do papel das ESE, visando o desempenho das atribuições que se lhes encontram outorgadas ao nível da educação para a saúde, no âmbito das comunidades formativas.

A emergência destas três grandes áreas aglutinadoras dos desafios colocados às ESE, no que se refere à utilização das TIC na saúde escolar, já amplamente referenciadas, consubstancia a perspetiva de que as modificações no papel destes atores, neste âmbito específico de intervenção que visa, em última instância, contribuir para a literacia em saúde das populações-alvo, se encontram eminentemente relacionadas com o desenvolvimento e consolidação da sua literacia digital, fator determinante para a consecução desta atividade, numa sociedade onde os múltiplos recursos de natureza tecnológica prevalecem, assumindo especial preponderância ao nível da população mais jovem, tornando impreterível a sua utilização no contexto educativo, onde estas equipas intervêm.

Efetuada uma reflexão mais aprofundada no que concerne aos principais aspetos mencionados nesta categoria pelos diferentes atores entrevistados, obtêm-se evidentes ligações a determinados elementos associados ao conceito central de literacia digital, do qual

dependem algumas das mais complexas tarefas cognitivas realizadas pelos indivíduos, diretamente relacionadas com as *competências críticas e criativas*, mais concretamente o *raciocínio crítico*, as *aptidões de resolução de problemas* e a *capacidade de criar, comunicar e partilhar informação* (Pérez & Varis, 2010, p. 79-82).

Assim, o *raciocínio crítico* poderá ser encarado como a utilização da inteligência e da informação com o intuito de analisar e avaliar situações, criando novas possibilidades de atuação alicerçadas em argumentos substantivos, possibilitando adquirir uma apropriada compreensão do meio envolvente e estabelecer padrões de ação. Este pressuposto enquadra-se na primeira dimensão identificada, onde é destacada a capacidade dos membros das ESE percecionarem a globalidade do contexto de intervenção, no sentido de definirem estratégias organizativas adequadas ao objetivo de promover a saúde na comunidade escolar.

As *aptidões de resolução de problemas*, entendidas como a capacidade metodológica de ajudar a encontrar soluções que visem ultrapassar eventuais limitações ou dificuldades, presumem alguma similitude com os aspetos enunciados na segunda dimensão, relativos à participação ativa dos técnicos de saúde, no sentido de persuadirem ou sensibilizarem as populações-alvo visando a adoção de ganhos em saúde. Contemplando a *capacidade de criar, comunicar e partilhar informação* como o resultado da integração de competências *operativas, criativas, comunicativas, semióticas e culturais*, também neste caso faz pleno sentido uma associação à terceira dimensão estabelecida, onde se integrou as aptidões desenvolvidas pelos técnicos de saúde para a utilização da tecnologia educativa, nomeadamente no que se refere aos aspetos técnicos, à inovação e à comunicação.

Em suma, podemos encarar a influência das TIC no papel desempenhado pelos membros das ESE, com o intuito de promover a saúde na comunidade escolar, como um fluxo contínuo que propicia a retroalimentação entre a literacia digital, onde predominam os elementos atrás enunciados, e a literacia em saúde, tendo como foco os ganhos em saúde resultantes de uma ação coletiva envolvendo as ESE, os DCEpS, os alunos e a restante comunidade educativa, enquanto promotores e destinatários da educação para a saúde, sendo essencial que impere entre estes intervenientes processos partilhados e eficazes, envolvendo comunicação bidirecional, perfeitamente perceptível para ambos (Osborne, 2011).

Encontrando-se atualmente, em Portugal, as políticas de saúde escolar baseadas num modelo de base comunitária, onde os técnicos de saúde responsáveis pela sua implementação se encontram integrados em unidades sedeadas em centros de saúde, o foco principal das intervenções são os jovens e os adolescentes. Não se encontrando pressuposto, neste modelo,

a existência de profissionais de saúde nas escolas, a sua intervenção enquanto membros das ESE depende, muitas vezes, da interligação efetiva existente com estas instituições, emergindo as TIC como um recurso que possibilita fomentar e dinamizar as atividades anteriormente instituídas, inclusivamente através da prestação de consultoria especializada, apoio a projetos de promoção da saúde ou outras iniciativas (Pommier *et al.*, 2009).

Não sendo objetivo deste estudo analisar as vantagens ou desvantagens deste modelo, face a outros existentes na Europa, como os de base escolar ou os focalizados em necessidades de saúde, a realidade é que existe um potencial latente na metodologia presentemente adotada, possibilitando aos membros das ESE atuar como elementos de ligação entre as escolas e a comunidade, podendo moderar processos e transferir benefícios das ações que executam em ambos os contextos, com vista à melhoria das condições de saúde das populações que servem. Nesta perspetiva, não será de menosprezar os diferentes contributos que poderão, naturalmente, ser facultados pelas TIC ao nível da promoção da saúde.

4.3 – Vantagens e desvantagens da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde

Na atualidade constitui um lugar-comum a caracterização das TIC como recursos de carácter inovador e criativo, tendo progressivamente aumentado a sua influência e impacto na área educativa, tornando as atividades desenvolvidas neste âmbito mais acessíveis e dinâmicas. Será também evidente que, embora a sua introdução nos mais diversos contextos requeira, inicialmente, um investimento relativamente avultado, é inequívoca a possibilidade de obtenção de significativos retornos, pelo facto destes recursos tecnológicos constituírem no quotidiano imprescindíveis meios de comunicação e aquisição de múltipla informação, a que a generalidade dos indivíduos poderá aceder de forma perfeitamente autónoma.

Serão inúmeras as vantagens que, presentemente, se podem associar à aplicação destas tecnologias nos mais diversos setores da sociedade, onde se podem destacar os da educação e saúde, fomentando o acesso e intercâmbio de um amplo fluxo de conhecimentos e informação, que permitem melhorar a capacitação e a qualidade de vida dos indivíduos, oferecendo novas possibilidades de aprendizagem interativa e à distância, transformando as formas de trabalho e de desenvolvimento económico, encontrando-se implícito a todo este conjunto de alterações o facto de as TIC envolverem cada vez menores custos económicos, no que se refere à transmissão e obtenção de progressivamente maiores quantidades de dados.

Ainda que, normalmente, quando abordamos questões relacionadas com estas tecnologias, sejam apontadas mais *vantagens* que *desvantagens* (Ibáñez & García, 2009, p. 22), devemos obrigatoriamente ser realistas e inequivocamente considerar que elas existem, repercutindo-se de igual modo na vida dos indivíduos. Efetivamente, a progressiva aplicação das TIC na generalidade das esferas sociais tem produzido uma significativa *décalage* catalisada por estas tecnologias, tornando mais evidente a discriminação entre os literatos e iliteratos digitais, entre quem possui ou não os recursos necessários para aceder à sociedade da informação, entre quem tem maior ou menor apetência ou disponibilidade para desenvolver competências nesta área, importando ainda referir que poderão também existir outras desvantagens motivadas pelo uso indevido, muitas vezes comum a estas tecnologias.

Nesta perspetiva dual, entre as potencialidades e os constrangimentos, podemos constatar que, como na generalidade das situações que interferem na existência quotidiana dos indivíduos, também as TIC tanto podem contribuir para a resolução de problemas como para os criar, sendo no entanto inegável que estas tecnologias podem determinar a emergência de novos objetivos, propósitos, aspirações e metas para os indivíduos, facultando em simultâneo algumas das condições para alcançar esses propósitos. No entanto, da mesma forma que fornecem meios e soluções extraordinariamente eficazes para múltiplos problemas, estes recursos poderão também despoletar conflitos, apontar contradições e apresentar dilemas, criando barreiras, distâncias, tensões e exacerbar conflitos (Pérez & Varis, 2010).

4.3.1 – Potencialidades na utilização

Os processos de aprendizagem, encontrando-se tradicionalmente determinados pela permuta de informações e conhecimentos envolvendo dois tipos de intervenientes fundamentais, os formadores e os formandos, têm recorrido ao longo dos tempos a diferentes recursos e estratégias, utilizados com diferentes graus de eficácia, que quotidianamente culminaram na introdução neste contexto da tecnologia educativa, situação que indubitavelmente ocorre em resultado do contínuo e exponencial desenvolvimento de meios informáticos cada vez mais sofisticados mas, em simultâneo, mais acessíveis em termos socioeducativos, que progressivamente influenciam e relacionam esta transferência bidirecional dos saberes com a utilização das TIC (Ochoa, 2009).

Contemplando esta evidência, inevitavelmente são identificados benefícios, decorrentes deste facto, normalmente relacionados com a facilidade que estes recursos

proporcionam no acesso ao conhecimento, de carácter diverso e oriundo de múltiplas fontes, no armazenamento e organização da informação, permitindo proceder à sua rápida consulta sempre que necessário, elementos a que se pode associar um amplo manancial de possibilidades que englobam o enriquecimento das interações que se estabelecem entre os diversos participantes nos processos educativos.

Para que as transformações que ocorrem, de forma global, nas diferentes atividades educativas, tenham continuidade, é essencial que surjam e se consolidem de forma sustentada, pois para que a inovação tecnológica associada a estas práticas seja proveitosa e significativa será inevitável a edificação de processos de diálogo e (re)construção, que possibilitem não só criar como aproveitar as situações favoráveis ao seu desenvolvimento (González, 2007b). Para tal, será necessário que da integração das TIC nos contextos educativos resulte o reconhecimento dos seus benefícios, sendo evidenciada a sua importância estratégica na melhoria das intervenções de carácter formativo, fomentando simultaneamente o desenvolvimento institucional, organizativo e profissional dos atores envolvidos.

Mais uma vez, tendo como principal intuito perceber a maneira como os membros das ESE e os DCEpS interpretavam as potencialidades associadas à utilização das TIC, nas atividades de educação para a saúde desenvolvidas ao nível na comunidade educativa, foram questionados relativamente aos aspetos de índole essencialmente positiva a que atribuíam maior ênfase, tendo em consideração a aplicação da tecnologia educativa nas intervenções de promoção da saúde, efetuadas neste âmbito.

Nos discursos dos membros das ESE sobre esta temática, apesar de estruturados de uma forma normalmente sucinta, constatou-se existir diversas opiniões quanto às potencialidades da utilização das TIC na saúde escolar, que essencialmente se englobavam em três dimensões, duas com um carácter mais abrangente abordando, por um lado, as vantagens identificadas ao nível dos processos educativos e, por outro, as que se encontravam mais relacionadas com os próprios alunos. Uma terceira dimensão, menos desenvolvida nas entrevistas, apresentando perspetivas algo restritas, encontrava-se associada à forma como estes benefícios estariam associados à ação dos atores com função de educador para a saúde.

Na primeira dimensão, a mais explorada pelos membros das ESE, foram enunciados alguns aspetos que estes consideravam representativos do potencial de aplicação das TIC na saúde escolar, ao nível dos processos educativos, nomeadamente o seu contributo para melhorar o interesse e motivação para a aprendizagem, o incremento que facultam no estabelecimento de interações e da participação ativa, por parte dos participantes nestas ações,

e a facilitação que proporcionam no acesso e seleção da informação, atualmente disponível.

Sobre o primeiro aspeto, o mais referenciado pelos técnicos de saúde entrevistados, estes destacam o facto da aplicação de recursos tecnológicos com os quais os alunos se encontram identificados, pois muitas vezes utilizam-nos no seu dia-a-dia, ser um aspeto que contribui para tornar o processo educativo mais eficaz, uma vez que despertam o seu interesse para as temáticas a ser abordadas e, subsequentemente, a sua motivação para se manterem atentos e participarem nas atividades planeadas.

Pois eu tinha aqui pensado que acho que o recurso, muitas vezes, aos jogos, às tecnologias, começa logo por chamar mais a atenção dos, dos alunos, não é, eu acho que eles ficam logo, assim, mais despertos para a nossa presença e para o que vai ser apresentado (E1 SEA1).

E eu acho que isso é que os cativa e, depois, a partir daí vai logo, pronto, e depois a partir daí, desde que estejam devidamente interessados e, pronto, aí depois é muito mais fácil nós chegarmos até eles (E3 SEA5).

É assim, eu ainda me lembro das aulas que eram apresentadas com o papel de acetato, e eu acho que aquilo, nós à par das tantas já não conseguíamos tomar atenção a coisíssima nenhuma, que era um método muito aborrecido, e portanto estas, as novas tecnologias vêm evitar, precisamente isso. Vêm evitar que a aprendizagem que vá arrastando, que vá esmorecendo, é pelo contrário, tanta motivar a aprendizagem, penso eu. (E3 SEB2).

Penso que os métodos, os meios tecnológicos captam muito a atenção, nomeadamente dos miúdos mais novos, que eles estão muito habituados a estas novas tecnologias, aos jogos, à Internet, e eu penso que é um meio muito bom porque conseguimos captar a atenção deles. (E2 SEB3).

Quanto ao contributo da tecnologia educativa, neste âmbito, para o estabelecimento de uma maior interação entre os participantes nas atividades educativas, induzindo a sua participação ativa, os membros das ESE referem existir uma maior facilidade no estabelecimento de atividades de carácter interativo com os alunos, estabelecendo-se um maior envolvimento dos participantes e uma relação mais dinâmica, que inclusivamente se pode estender ao contexto, educativo e familiar, em que se inserem.

E permite que os participantes nas formações mais facilmente consigam interagir com o formando, com o formador, aliás. (E1 SEA1).

É o mesmo que nós nas, quando eramos alunos, não é, chegarem aí e debitarem só, se a sessão for mais interativa torna-se mais fácil, eu penso que é uma mais-valia destas tecnologias novas. (E2 SEB2).

Eu penso que conseguimos um, uma, um feedback muito mais, um feedback positivo, e conseguimos uma, uma atenção diferente por parte dos alunos, estamos a falar nas escolas, dos alunos e não só, e até dos próprios educadores e pais, também. E penso que conseguimos um envolvimento, também, diferente e um

dinamismo, nas próprias intervenções, eu penso que uma relação dinâmica é, é sobretudo o que mais, que mais saliente, porque se consegue um dinamismo muito grande na intervenção com o grupo. (E1 SEB3).

Outro aspeto, já referido em ocasiões anteriores, também aqui enunciado como uma potencialidade da utilização das TIC na educação para a saúde, em meio escolar, remete-nos para o facto da facilidade de acesso e seleção de informação diversificada, tanto pelos alunos como pelos educadores, representar uma mais-valia para os processos educativos instituídos. Assim, os membros das ESE realçam este elemento como uma evidente vantagem, especialmente através da autoestrada da informação que a Internet atualmente representa, associando inclusivamente esta situação à obtenção de mudanças de comportamento, constituindo as possibilidades oferecidas por estes recursos de partilha da informação um contributo para a consolidação dos resultados das intervenções efetuadas.

Vantagens são bastantes, não é, portanto, como já, também já foi referido, as vantagens são sempre, tentamos sempre levá-las para o, no sentido positivo mas, hoje em dia, realmente, estamos na tal era globalizante, naqueles, em que o mundo está a nossos pés, quase, através da Internet, e que influência muito os comportamentos. (E2 SEA1).

Acho que a maior facilidade de acesso à informação (...) permite com que haja um impacto maior da, sobre as temáticas que queremos abordar e, consequentemente, provavelmente uma mudança individual, do comportamento individual, e da comunidade escolar maior. (E1 SEA5).

É assim, em termos de, pronto, a tecnologia permite o quê, permite-nos em termos de informação eles, se solicitarem, podem ficar com essa informação para eles, não é, não só em termos de, daquilo que ficou retido na memória, mas também em termos de suporte. Mesmo em termos, os alunos, os professores, qualquer um deles podem ter acesso, não é, e antigamente assim não acontecia, era mais o que ficava retido, ficava retido na memória, e o suporte havia muito o suporte de papel e as coisas, o papel, prede-se (E1 SEB1).

Na segunda dimensão identificada, os membros das ESE abordam aspetos relacionados com a forma como os alunos beneficiam da utilização da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas ao nível da saúde escolar, atribuindo um carácter positivo ao contributo que pode ser associado ao uso das TIC nestas ações, no que se refere à aquisição e consolidação de conhecimentos, à atratividade destes recursos, contemplando as características da população-alvo destas intervenções, e às possibilidades que estas tecnologias oferecem na adaptação e flexibilização dos processos de aprendizagem, adequando-os às necessidades específicas de diferentes alunos.

Reportando-nos ao aspeto relacionado com a facilidade de aquisição do conhecimento, já referido pelos entrevistados noutras circunstâncias, verificamos ser este o

facto diretamente realçado pelos membros das ESE, associando-o à atual apetência dos jovens para a utilização das tecnologias, elemento que incrementa a consolidação e memorização das mensagens facultadas durante as intervenções de saúde escolar, sendo inclusivamente referido que o retorno que, por vezes, resulta dos conhecimentos adquiridos em função da informação disponibilizada, tem também permitido a identificação de problemas neste âmbito, contribuindo desta forma para diagnosticar novas áreas de intervenção.

Eu acho que está quase tudo dito, é uma forma de facilitação da transmissão dos conhecimentos, um facilitador, e os jovens são muito tecnológicos, hoje em dia. (E3 SEA1).

Passado uma semana, passado um mês, em qualquer situação do dia-a-dia, não é, que esteja associada aquilo que nós falámos, haverá alguns, se calhar, que se lembram daquilo que foi abordado, porque se lembram de certas imagens, ou de (...) certas frases. (E2 SEA5).

Sim, tem sido um meio facilitador na transmissão da mensagem e temos recebido, também, a mensagem por parte do grupo, na identificação de inúmeros problemas, que às vezes não estão identificados, como já tinha referido. (E2 SEB3).

Outra potencialidade identificada nesta dimensão, tem a ver com a grande atratividade que os recursos associados às TIC suscitam nos alunos, inclusivamente quando utilizados na educação para a saúde, sendo mencionado pelos técnicos de saúde a forma como o uso da imagem e do som torna mais apelativa a transmissão da informação, permitindo a transposição de um conceito de natureza mais abstrata para a realidade, o que facilita a aquisição dos conhecimentos e aumenta o impacto da mensagem que se pretende fazer passar, sendo esta vantagem associada por alguns membros das ESE ao adágio de natureza popular que afirma que *Uma imagem vale mais do que mil palavras*.

Também (...) as vantagens acho que são todas, o uso das novas tecnologias só tem, só trás é tudo de bom, pronto, eles estão mais despertos, eles estão mais participativos e não estão tão..., podem estar já desgastados, mas o tema até pode ser apelativo e eles acabam por recuperar, um pouco, a energia e participar. E imagem, às vezes som, ainda não cheguei à parte do som, mas a imagem, a cor, identificar aquilo que estamos a dizer com uma imagem, portanto, eles depois associam tudo, e acho que é extremamente vantajoso. (E3 SEA2).

Quando, por exemplo, apresentamos um DVD, é um suporte de tecnologia, não é, eles conseguem, às vezes, como é, acaba por ser mais apelativo, eles conseguem transportarem-se mais para a realidade e perceber mais a mensagem que nós acabámos por passar. (E4 SEA5).

Pronto para, para certas temáticas, como por acaso é o meu caso, da saúde oral, também ajuda bastante, o caso da imagem, a visualização de imagens é estimulante para eles, do que se estivermos só a falar por vezes eles não estão a imaginar. Se estivermos a mostrar, realmente, certas imagens, certas doenças, certos problemas,

eles acabam por, por ficar até ali um bocado impressionados e, e motivados com o que se mostra, portanto, eu acho que acaba por ser bastante bom. (E3 SEB3).

Ainda nesta dimensão, é destacado um aspeto relevante, a possibilidade que as TIC facultam de proporcionar uma adaptação da aprendizagem às necessidades efetivas da população-alvo. Neste caso particular, os membros das ESE referem a hipótese de adequar e tornar mais apelativa a forma de transmissão da informação, tendo em consideração não só as características do grupo, mas também a sua propensão para utilizar estes recursos. É também destacado outro elemento pertinente, as múltiplas potencialidades atualmente facultadas pelas TIC, concretamente ao nível da educação para a saúde, visando a personalização das intervenções desenvolvidas junto de populações-alvo com necessidades educativas especiais.

E temos também a oportunidade porque, por exemplo, mesmo em relação aos níveis de escolaridade e às capacidades, o tipo de turmas que temos pela frente, conseguimos muito mais facilmente arranjar coisas mais, pronto, mais adequadas, mais adaptadas a cada elemento. (E3 SEA5).

Mas ir ao encontro das tecnologias que eles estão familiarizados, que mexem muitos mais, às vezes, com facilidade que nós, nomeadamente os adolescentes, penso que é uma mais-valia, é a maneira de lá chegarmos (E2 SEB2).

Inclusivamente com crianças com necessidades educativas especiais, que é fundamental esses jogos interativos e que, portanto, a tecnologia é um dos meios mais preciosos que se pode utilizar neste campo, porque essas crianças também são alvo da nossa intervenção, e é fundamental. (E1 SEB3).

Numa última dimensão, a menos desenvolvida pelos membros das ESE, estes abordam as vantagens da utilização das TIC pelos atores com responsabilidade educativa no âmbito da promoção da saúde, em meio escolar, destacando a sua importância como elemento facilitador de alguns aspetos relacionados com a planificação das atividades formativas. São no entanto enunciadas dois tipos de asserções com alguma significância, por um lado relacionadas com uma maior facilitação do processo de organização das ações de educação para a saúde, permitindo melhorar a sistematização da sua execução, tendo em consideração eventuais contingências que são impostas, como a limitação de tempo para a sua execução, por outro lado agilizando os contactos necessários para o seu planeamento, evitando deslocações e gastos desnecessários, aspeto já realçado anteriormente num diferente contexto.

Muitas vezes através de, das tecnologias facilita muito, não é, como já foi referido há pouco, se calhar é mais fácil, para nós, contactarmos um professor através de e-mail, não é, do que propriamente estarmos a marcar uma reunião em que se consiga juntar todas as pessoas envolvidas, não é? Em termos de disponibilidade pode não haver essa disponibilidade, em termos do transporte, também já foi referido há pouco, aí também nem sempre é fácil termos esse transporte e irmos até à escola, não é, portanto facilita muito nesse, no sentido da organização. (E2 SEA5).

Basicamente é isso, é também não só a parte do dinamismo mas, por vezes, também da sistematização do que vamos apresentar, eu sinto que é um grande auxílio para mim, técnico de saúde, também. (...) No fundo às vezes temos, dão-nos trinta minutos para fazermos uma ação, e se uma pessoa não levar o tal meio auxiliar perde-se, por vezes, na conversa, acaba por não seguir os pontos que quer seguir, e com o auxílio destes métodos conseguimos, num curto espaço de tempo, fazer uma apresentação organizada e elucidativa. E chamar à atenção, assim, da nossa população-alvo, portanto, é uma ferramenta essencial, também, na, no planeamento da atividade e na execução da atividade. (E3 SEB3).

No que globalmente se refere a esta temática os DCEpS adotam um posicionamento que revela, também, uma considerável similitude relativamente ao dos membros das ESE, destacando igualmente aspetos passíveis de enquadrar nas três dimensões identificadas conferindo, tal como os técnicos de saúde, maior relevância às potencialidades da utilização da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas neste âmbito ao nível dos processos formativos e no que se refere aos benefícios sentidos pelos alunos, em detrimento das vantagens que poderiam ser outorgadas aos agentes formativos, com interferência nesta área.

Os aspetos que estes docentes consideram ser vantajosos, em termos dos processos educativos, são também eles congruentes com os referidos pelos membros das ESE, destacando neste âmbito a tecnologia educativa como um fator que possibilita aumentar a motivação e o interesse dos participantes, no que respeita às intervenções efetuadas, mencionando o seu contributo para o ensino-aprendizagem, constituindo um elemento de ancoragem para a edificação e consolidação do conhecimento.

Eu acho que a utilização das tecnologias educativas, ela tem uma grande vantagem, que é o facto de ser mais motivadora para os alunos, pronto. O processo de ensino-aprendizagem acaba por ser realizado de uma forma mais motivadora, mais interessante para os alunos, e vai muito por aí, será depois o ponto de partida para, depois, a construção do conhecimento. (CEpS EA2).

As novas tecnologias são sempre bem-vindas e, para nós, é muito mais útil e eficaz utilizarmos do que não utilizarmos, porque hoje em dia os miúdos não estão motivados para escrever num papel e para ouvir o professor, mas sim termos algo diferente que os motive a, porque a nossa preocupação é motivá-los e não é só transmitir o conhecimento, mas sim motivá-los para. (CEpS EB3).

Enunciam também as potencialidades destas tecnologias para, ao nível das ações efetuadas no âmbito da saúde escolar, incrementar a interação e a participação dos seus intervenientes, bem como de contribuir para o acesso e seleção da informação disponível, elementos que os DCEpS interrelacionam nos seus discursos. Dão destaque às possibilidades oferecidas pelas TIC para efetuar pesquisas, obtendo informação diversificada, que poderá ser alvo de análise, reflexão e discussão, enriquecendo a aprendizagem, para além de poderem

constituir um elemento de interação com outros agentes formativos permitindo, por exemplo, trocar opiniões e esclarecer dúvidas através da Internet, naturalmente que sob a supervisão dos respetivos professores ou dos membros da ESE que dinamizam, em contexto escolar, este tipo de atividades de educação para a saúde.

As tecnologias educativas são sem dúvida úteis, no sentido que permitem motivar os alunos, no sentido que, e volto a referir, o facto de haverem sítios muito interessantes na Internet, onde os alunos podem pesquisar, tirar dúvidas, até os contactos telefónicos para onde eles podem ligar, os sites para onde eles podem mandar mensagens e colocar questões. Isso, sem dúvida é muito útil para os alunos, e no sentido de pesquisarem e de realizarem trabalhos, orientados, porque também não podem pesquisar, navegar na Internet, à vontade, a ideia também não é essa, é também serem orientados pelos professores. (CEpS EA2).

Sim, e principalmente se eu estiver a trabalhar com uma faixa etária mais elevada, porque podemos confrontar e podemos distinguir o que é que há de comum e o que é que há de contraditório, e o que é que está ali em causa, para haver essa disparidade de informação. E isso é uma mais-valia, para abrir o diálogo e a discussão, e possivelmente vai-nos levar a pontos que nós nunca tínhamos pensado em discutir, se fosse uma coisa só, a discutir uma única informação, portanto, estamos a ver essa informação de várias perspetivas. (CEpS EA5).

E não especificamente, eu agora estou a pensar mais em termos de equipa, não é, no trabalho das equipas, e se for um trabalho orientado pela equipa, ou pelo professor, ou por outro qualquer agente educativo, e se for um trabalho realizado pelo aluno, que também tem grandes potencialidades, com o acesso à informação, claro. Um manancial de informação que, hoje em dia, estas tecnologias educativas disponibilizam para o público. (CEpS EB2).

Ao longo da segunda dimensão, a mais desenvolvida pelos DCEpS, associada às vantagens para os alunos da aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar, constata-se a existência de diversas referências a aspetos relacionados com a facilitação na forma como estes efetuam a aquisição de conhecimentos, em resultado da utilização de recursos que lhes são consideravelmente apelativos. Também os docentes mencionam o facto das TIC poderem ter um papel relevante na adaptação e individualização das estratégias de aprendizagem, embora confirmem a este aspeto um menor destaque, nos seus discursos.

Quanto ao aspeto referente a uma maior facilidade da aquisição dos conhecimentos, pelos alunos, sem que os docentes entrem no âmbito da avaliação da forma como são aplicadas as TIC, é destacado o facto da utilização da tecnologia educativa por parte das ESE contribuir para a transmissão de conhecimentos à população-alvo das suas intervenções, possibilitado uma melhor aquisição dos mesmos, nomeadamente por ampliar o seu espectro de análise e contribuir para a clarificação de conceitos e temáticas com uma maior profundidade.

No que eu sei, atualmente, mal ou bem, do pouco de tecnologia ou da muita

tecnologia que estas equipas usam, eu acho que eles conseguem, para já, na parte da transmissão de conhecimentos, eles conseguem transmitir muito melhor do que se não utilizassem as tecnologias. Mesmo que utilizem tecnologias que, às vezes, estão um bocadinho obsoletas, mas resulta muito melhor do que se não as utilizarem, numa primeira abordagem com o público-alvo deles. (CEpS EA1).

Porque eu acho que a evolução da tecnologia educativa é uma mais-valia na aquisição de conhecimentos, e que nos dá uma maior amplitude na seleção de conceitos e de temas a tratar, com um objetivo mais imediato e a prospeção mais efetiva do tratamento de circunstâncias pontuais. (CEpS EA5).

No que se refere à atratividade que os recursos baseados nas TIC têm, considerando o público-alvo das intervenções efetuadas no âmbito da saúde escolar, este aspeto encontra-se diversas vezes presente no discurso dos DCEpS, referindo serem estes elementos com um carácter bastante apelativo para os alunos, possibilitando melhorar substancialmente a forma como estes adquirem os conhecimentos. Mais uma vez é amplamente destacada a importância da utilização da imagem e do som, componentes que agradam substancialmente aos alunos, sendo esta combinação considerada essencial para uma dinamização mais efetiva das atividades desenvolvidas ao nível da promoção da saúde, por constituir uma linguagem facilitadora da sensibilização para as temáticas abordadas e, consequentemente, ampliar a possibilidade da aquisição de comportamentos saudáveis.

Se as tecnologias forem utilizadas de uma forma..., se forem bem utilizadas, tornam-se muito mais atrativas, muito mais apelativas para os alunos, e captam muito mais a atenção dos alunos, isso sem dúvida nenhuma. Vídeos, que existem, e volto a referir, as imagens são fundamentais, o recurso à imagem é fundamental, e nesse ponto de vista torna-se muito mais apelativo e atrativo para os alunos, isso sem dúvida nenhuma. (CEpS EA2).

É muito mais apelativo para eles a imagem, o som, todas essas coisas associadas, do que a linguagem mais tradicional e a forma mais arcaica, de conferências, e todas essas coisas. Para eles é muito mais apelativo a combinação de todas estas coisas, porque eles estão muito mais habituados a esta linguagem. (CEpS EB1).

Sendo mais apelativas, portanto, a informação, as ações, utilizando estas tecnologias permitem, portanto, que esta informação passe de forma mais apelativa, de forma mais, falta-me agora aqui o termo, mais fácil, não encontro agora aqui o termo, mas julgo que o termo apelativo é um bom termo para as caracterizar. Portanto, tornam o ambiente de aprendizagem, de sensibilização, mais apelativo e, portanto, a pessoa adota e percebe, também, o que se está a tentar passar de forma mais adequada, na minha opinião. (CEpS EB2).

Ao contrário do que aconteceu com os outros aspetos referenciados nesta dimensão, alvos de análise ampla por parte dos DCEpS, embora mencionem o potencial da aplicação das TIC nas intervenções de saúde escolar, em termos de adaptação e individualização das ações relativamente ao público-alvo, fazem-no de forma sucinta, ao invés do que foi efetuado pelos

membros das ESE, destacando basicamente a importância da utilização de uma linguagem mais acessível aos alunos, integrando elementos emergentes da esfera de ação dos *media*.

Portanto, eles conseguem captar melhor esta linguagem do que a linguagem anterior. (...) É isso mesmo. É a linguagem ser mais acessível para os alunos, é muito mais fácil para eles compreenderem esta linguagem mais media, mais dos média e dessa parte. (CEpS EB1).

Constituindo a última dimensão estabelecida, relacionada com as vantagens da aplicação das TIC na educação para a saúde enquanto recurso facilitador da ação dos agentes formativos nesta área, a menos explorada pelos DCEpS, tal como tinha acontecido com os membros das ESE, importa no entanto referir que um dos docentes destaca o potencial inerente ao facto de estes recursos tecnológicos possibilitarem uma efetiva troca de informação entre os atores que atuam neste âmbito, facilitando a partilha de opiniões e experiências relativamente às ações desenvolvidas neste campo de ação, constituindo esta prática uma mais-valia ao nível da definição de estratégias de intervenção mais eficientes, melhorando a eficácia da promoção da saúde na comunidade escolar.

Isto é muito útil enquanto as equipas trabalham em parceria, eu em tempo real posso trocar informações de norte a sul de Portugal com colegas meus, e a troca de experiências, visadas sempre para a mesma faixa etária, é sempre uma mais-valia. (...) De trocar experiências, sim, e nesse aspeto é uma mais-valia bastante acentuada. Para já estamos a trocar em tempo real, olha que eu fiz isto, e isto não resultou assim, o ano passado resultou, mas com estes não resultou. E a pessoa consegue adaptar e logo limar arestas, porque já está de sobreaviso que aquilo, disposto daquela maneira, não dá, o impacto, não é tão real, não é tão forte, como nós gostaríamos que fosse. (CEpS EA5).

Efetuando-se uma apreciação global relativamente aos dados obtidos, no que se refere às vantagens percecionadas pelos membros das ESE e pelos DCEpS entrevistados, confirma-se uma (re)aproximação ao nível dos elementos expressos nos seus discursos, que se pode extrapolar para as dimensões estabelecidas para facilitação do procedimento de análise. Assim, foram identificados três domínios onde se podem enquadrar as potencialidades de utilização das TIC nas intervenções de promoção da saúde desenvolvidas em meio escolar, dois mais predominantes, relacionados com os benefícios associados de forma mais concreta aos processos educativos estabelecidos e com os públicos-alvo destas ações, outro abordado de forma algo marginal, logo menos destacado, referente à obtenção destes benefícios por parte dos atores que intervêm neste âmbito como educadores para a saúde.

Contemplando estas asserções como um todo, encontramos diversos aspetos de ligação entre as dimensões identificadas, bem como os principais elementos integrados em cada uma das mesmas, que nos permitem estabelecer alguma analogia entre as

potencialidades da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde, reconhecidas pelos diferentes atores entrevistados, e as vantagens estabelecidas de forma global para as TIC por Marquès (2000). Mais concretamente, este autor descreve quatro grandes grupos de vantagens, concebidos a partir da *perspetiva de aprendizagem*, dos *estudantes*, dos *professores* e da *perspetiva dos centros*, elementos a que facilmente podemos fazer corresponder, respetivamente, as dimensões processo educativo, aluno e educador, constatando-se não ter sido referenciado nas entrevistas qualquer aspeto referente às organizações envolvidas, enquadrável no último grupo enunciado.

Reportando-nos aos elementos alvo de um maior destaque, pode-se constatar que o interesse suscitado pela utilização das TIC neste âmbito, aspeto intimamente relacionado com a motivação para a aprendizagem, constitui para a globalidade dos atores entrevistados a asserção mais relevante na dimensão associada às vantagens resultantes nos processos educativos. Esta perspetiva traduz-se de especial importância na sociedade atual, onde a motivação para a aprendizagem poderá e deverá ser encarada como um desafio educativo constante, tendo neste caso em especial consideração o facto de que uma adequada utilização dos recursos tecnológicos disponíveis pode contribuir para motivar os alunos e, naturalmente, os educadores a tornar a formação mais estimulante e relevante (Barron *et al.*, 2002).

Contemplando outro dos elementos mais realçados, integrado na dimensão associada aos benefícios da aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar para os alunos, verifica-se que os entrevistados referem assiduamente o facto de as TIC constituírem um recurso apelativo e atrativo para os jovens, sendo este um potencial que deverá ser explorado visando melhorar a eficácia das intervenções de promoção da saúde, efetuadas nesta área. Os atores entrevistados relacionam muitas vezes esta atratividade à utilização das imagens como recurso educativo, normalmente em conexão com o som, aspeto que mais uma vez nos remete para a literacia digital, mais concretamente para aspetos ligados à alfabetização visual, elemento perfeitamente congruente neste âmbito face à inquestionável influência da cultura visual na atualidade, influenciando as nossas formas de compreender o que nos rodeia, enquanto simultaneamente molda muitas vezes as nossas atitudes e valores (Azinian, 2009).

O contínuo desenvolvimento e difusão destas tecnologias proporciona atualmente múltiplos recursos, meios e contextos, influenciando decisivamente a forma como se processam as interações entre os indivíduos, permitindo estabelecer espaços de aprendizagem promotores da construção do conhecimento, sendo simultaneamente gerada uma grande multiplicidade de informação. No entanto só se verifica a consolidação dos benefícios que

advêm da sua aplicação quando aos aspetos já enunciados se associa a possibilidade de transmitir informação, comunicar conceitos e partilhar experiências, convertendo-as desta forma num instrumento com inequívoco potencial de natureza educativa

As asserções que temos vindo a verificar remetem-nos para um espaço que enaltece a melhoria da qualidade das múltiplas intervenções que efetuamos recorrendo às TIC, tornando os diferentes processos, nomeadamente o formativo, mais flexíveis e dinâmicos, rompendo com a rigidez característica do tradicional contínuo espaço-tempo. Não estando a educação para a saúde isolada nesta configuração de carácter socioeducativo, estas tecnologias concorrem também nesta área para ultrapassar perspetivas e visões mais limitadas ou focalizadas da realidade, contribuindo inevitavelmente para potenciar este campo de atuação.

Representando a promoção da saúde um elemento imprescindível para a qualidade de vida das populações, incrementando a sua capacitação e responsabilidade na tomada de decisões informadas, numa sociedade globalizada as TIC constituem um recurso fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e do contacto entre os diferentes grupos profissionais e sociais, aspetos fundamentais para a equidade nas mais diferentes áreas, incluindo a da saúde. Estas tecnologias têm vindo a expandir-se e generalizar-se, configurando-se atualmente como um meio essencial ao qual se vem progressivamente outorgando um papel-chave no processo de criação de uma consciência coletiva (Area, 2009), que possibilite ganhos efetivos ao nível da melhoria da qualidade de vida das populações.

4.3.2 – Constrangimentos na utilização

Na sociedade contemporânea podemos afirmar que as TIC, de forma mais ou menos brusca, catalisaram inevitáveis mudanças nos mais diversos setores sociais, alterando formas de comunicação, trabalho ou mesmo lazer, impondo um processo de adaptação rápido e intenso às inovações que impuseram, cujos impactos se fazem sentir ainda, diariamente, na vida dos indivíduos. Dificilmente no passado terá sido exigido ao ser humano uma adaptação tão brusca e radical às inovações tecnológicas, como aquela que tem permanentemente ocorrido ao longo das últimas décadas, num curto espaço de tempo, de forma extremamente rápida e continuamente mutável, facto que tem colocado em evidência diversas dificuldades que têm, nalguns casos, restringido a apropriada e plena introdução destes recursos tecnológicos em todas as áreas de intervenção profissional (Area, 2009).

Esta situação implica a renovação, readaptação e reajuste de muitos dos pressupostos

preexistentes, impondo a necessidade de ser efetuado um evidente esforço individual e coletivo que vise a aquisição de competências de carácter instrumental, cognitivo e comportamental, que possibilite uma efetiva integração destes recursos tecnológicos nos mais diferentes espectros de atuação. A demissão, incapacidade ou dificuldade de cada indivíduo, instituição ou comunidade em acompanhar esta evolução, conduz ao surgimento de restrições que limitarão as suas capacidades de usufruir, de forma adequada, dos benefícios emergentes da cultura e tecnologia digital, elemento que constitui uma indelével marca contemporânea.

Apesar de ser frequente depararmo-nos com o constante enaltecimento das potencialidades inerentes à utilização das TIC, comportamento que quotidianamente para além de se poder considerar politicamente e socialmente adequado resulta, entre outros aspetos que seria exaustivo enumerar, da influência destes meios no acesso às fontes de informação, na automatização das tarefas, na criação de canais de comunicação, no armazenamento e processamento de dados, na interatividade e interdisciplinaridade. Há no entanto uma outra face que importa desocultar, a das barreiras económicas e sociais, da falta de informação, dos problemas técnicos e de segurança, que em muitos casos se não constituírem fatores impeditivos serão, pelo menos, importantes constrangimentos para uma aplicação plena e efetiva destes recursos (López & Villafañe, 2010).

Na sequência do procedimento efetuado, mantendo o propósito de interpretar a forma como os membros das ESE e os DCEpS perspectivavam os constrangimentos relacionados com a utilização da tecnologia educativa nas intervenções de promoção da saúde, desenvolvidas em meio escolar, questionou-se estes atores em relação aos aspetos de carácter eminentemente negativo a que atribuíam maior destaque, considerando a aplicação das TIC nas atividades de educação para a saúde que executavam neste contexto.

No que se refere a esta questão os membros das ESE apresentam discursos que, pelas temáticas abordadas, permitem enquadrar as suas conceções, sobre os constrangimentos da aplicação das TIC na saúde escolar, em algumas das dimensões que já foram estabelecidas relativamente às suas potencialidades, assumindo uma perspetiva dual quanto ao espectro de vantagens e desvantagens da utilização destas tecnologias neste âmbito. Os principais aspetos que enunciaram contemplavam as limitações no uso destes recursos em dimensões associadas ao processo educativo e ao educador, também presentes na análise dos benefícios preconizados pelos técnicos de saúde nesta área, no entanto não se verificaram referências a elementos relacionados aos alunos mas sim no que se refere a situações de carácter institucional, constituindo então esta uma terceira dimensão de análise.

Na primeira dimensão são identificados dois aspetos principais referentes ao processo educativo, um eminentemente relacionado com a possibilidade da utilização das TIC neste contexto poder contribuir para alguma distração ou dispersão quanto aos temas abordados, outro associado às dificuldades que poderão ser originadas pela extraordinária quantidade de informação, nem sempre fiável, que este tipo de recursos possibilita aceder. Em relação ao primeiro aspeto, mencionado por dois membros das ESE, apontam o facto de estes recursos poderem aumentar a dificuldade de concentração dos jovens num determinado assunto, dispersando a sua atenção por outras áreas.

E a dispersão que eles têm, eu acho que os jovens, atualmente, também têm grande dificuldade em concentração, em concentrarem-se, dispersam-se muito, por muitas coisas, e depois não conseguem concentrar-se numa área, acho que é essencialmente mais as grandes dificuldades. (E3 SEA1).

Já no que respeita às consequências que poderão advir da existência de um excesso de informação disponível, os técnicos de saúde destacam a necessidade de dirigir o acesso e pesquisa de informação, pelo facto de esta ter muitas vezes incorreções de alguma forma graves, devido a não se verificar a existência de um controlo pleno da sua validade científica, situação da qual poderá resultar que venham a ser assumidos como adequados conceitos com um carácter perfeitamente erróneo o que, fruto da influência atual das TIC na sociedade contemporânea, poderá induzir a adoção de comportamentos e atitudes prejudiciais, inclusivamente para a saúde.

Agora quando o acesso à tecnologia é, muitas vezes, mal dirigido, misturam-se conceitos errados, completamente, porque infelizmente a Internet tem coisas muito boas e tem coisas muito más, a televisão mergulha os jovens em, em comportamentos e em formas de agir. (...) E, às vezes, como as coisas não estão dirigidas, e é preciso pensar até no ponto de vista de sites científicos, nós sabemos que a maior parte dos sites científicos, nem sequer os artigos são revistos. Portanto, um jovem até pode ir a um site científico, e pesquisar no site científico algo, agora não tem é a certeza que aquilo que lá está, está correto ou não (E3 SEA1).

Sim, mas também concordo, tem que se saber filtrar, também há muita informação, neste caso na Internet, e alguma dela não é a mais correta, e se não se souber filtrar essa informação, também pode estar a adquirir hábitos errados, atitudes erradas, porque está a ver na Internet uma coisa que não é correta (...) E se depois essa informação não for filtrada e não for exposta corretamente, para mim pode ser prejudicial (E4 SEB1).

Em relação à segunda dimensão, esta remete-nos para as limitações inerentes à utilização das TIC, ao nível da saúde escolar, no que se refere aos profissionais que assumem o papel de educador para a saúde, focalizando-se em aspetos relacionados com o défice de competências para uma aplicação adequada destes recursos tecnológicos e a falta de formação

e atualização nesta área, sendo também apontada a disponibilidade de tempo, como uma limitação que restringe o uso apropriado destes meios.

Os constrangimentos sentidos pelos membros das ESE na utilização das TIC em atividades de educação para a saúde, constituem um aspeto que amplamente referenciam nas suas entrevistas, assumindo muitas vezes o facto de terem aptidões bastante reduzidas nesta área. Neste sentido, referem explicitamente as suas dificuldades de adaptação, para trabalhar com estas tecnologias, assumindo inclusivamente que, em geral, se limitam ao uso restrito de algum *software* por desconhecerem a existência e potencialidades de outros recursos neste âmbito, que possibilitem uma aplicação mais apropriada nos contextos de intervenção, culminando com a afirmação expressa de não lhes ser facultada a possibilidade de formação ou atualização, exceto a nível particular.

Pois eu acho que a dificuldade, do meu ponto de vista, às vezes, é saber adequar determinada tecnologia para o público-alvo em questão, não é, nós normalmente fazemos o PowerPoint®, os jogos, pronto. Se calhar há outras tecnologias que nós não conhecemos, nem dominamos, que poderiam ser utilizadas em diferentes contextos e serem vantajosas, portanto, acho que nos falta um bocado falta de conhecimento nessa área. (E1 SEA1).

Eu tenho uma grande dificuldade em trabalhar com a nova tecnologia, (...) estou agora a aprender, praticamente, a mexer no computador, e tenho tido algumas dificuldades em adaptar as novas tecnologias à mensagem que nós queremos transmitir. Porque ainda sou do tempo dos acetatos e a parte informática, a nível de desempenho profissional, está agora a ser introduzida, eu nunca trabalhei, a fazer trabalhos de sessões de educação para a saúde, com apresentação a nível de informática. Só que tenho muita dificuldade, neste momento, estou a tentar ir-me adaptando às novas tecnologias, mas se me disser assim, tem aqui uma pen, tem aqui um computador, tem aqui o quadro, faça a ligação entre isto tudo e mostre o que tem para mostrar, eu não sei. (E3 SEA2).

Tal como também não vamos tendo uma atualização, se não a procurarmos nós, profissionais, para nos valorizarmos, não nos tem sido, pelo menos eu estou aqui há, praticamente há dois anos, ainda não me foi oferecida nenhuma atualização nesse campo, que eu acho que seria útil. (E3 SEB3).

A falta de disponibilidade de tempo para se dedicarem de forma mais adequada à exploração das múltiplas possibilidades de aplicação destes recursos tecnológicos, ao nível da saúde escolar, sendo um aspeto apenas referido de forma explícita por um dos técnicos de saúde, constitui um dos elementos que surge implicitamente noutras categorias, de forma recorrente, razão pela qual se optou por referenciar neste momento, pois nem sempre é prevista a necessidade de construção dos recursos indispensáveis à operacionalização das ações de educação para a saúde.

Eu ia só dizer mais uma coisa, desculpem, ia só acrescentar que, por exemplo, até

os PowerPoint®'s que eu normalmente, nos anos agora, portanto, que passaram, que eu utilizava, era eu que os fazia, portanto, eu tinha que disponibilizar tempo para me sentar ao computador, pesquisar sobre o tema, recolher imagens, adequar ao grupo (...) e às vezes é complicado, porque não temos tempo, não temos disponibilidade para andar mais à frente (E2 SEA2).

Numa última dimensão, neste âmbito, a única não abordada anteriormente em termos de potencialidades de utilização das TIC nas intervenções de promoção da saúde, desenvolvidas em contexto escolar, mas curiosamente a que merece maior destaque pelos membros das ESE, no que se refere às limitações, são enunciadas as dificuldades de natureza institucional, que restringem neste nível a ação destes profissionais, sendo eminentemente realçados dois aspetos deficitários, relacionados com o apoio de cariz técnico especializado e, principalmente, com os recursos materiais, nomeadamente informáticos, necessários para que a utilização da tecnologia educativa seja uma realidade, nesta área de intervenção.

A extrema dificuldade de obtenção de suporte técnico, mais especificamente na área da informática, que permita implementar metodologias que visem o planeamento, criação e utilização de recursos formativos de natureza tecnológica, para utilização nas intervenções desenvolvidas ao nível da saúde escolar, é mais um dos aspetos amplamente mencionado pelos membros das ESE, nos seus discursos.

Neste contexto destacam a praticamente total inexistência da possibilidade de obterem este tipo de apoio, visando a elaboração de materiais para uso educativo, pelo facto destes recursos humanos estarem muitas vezes centralizados na sede da ULS, afirmando existir pouca disponibilidade para colaboração com as diferentes UCC, também devido à separação geográfica existente. Além disso, é ainda destacado o facto de nas próprias escolas não existir este tipo de suporte técnico, motivando por vezes a impossibilidade de utilização dos recursos tecnológicos, quando surge algum problema em termos de incompatibilidade de programas ou se o equipamento não funcionar.

Ou, por exemplo, se queremos recorrer a jogos, não é, ou qualquer coisa, (...) temos que os elaborar nós. (...) Não há (...) material já feito ou que fosse possível de disponibilizar. (E1 SEA1).

Por exemplo, se eu quisesse chegar aqui e dizer assim, eu quero veicular esta mensagem, neste momento, e que circule entre os miúdos da Escola de A2, de determinada idade, ou então de determinadas turmas, não é, uma mensagem específica, quem é que me faz aquela mensagem? E por ali cai o projeto, não é, porque se eu pedir para X, que venha cá um senhor da informática, para me fazer aquilo, dizem-me logo que não vem, que neste momento não há disponibilidade disto, por aquilo e por o outro. (E1 SEA2).

Sim, acho que a única dificuldade será em termos do equipamento ou haver, por

exemplo, alguma incompatibilidade de, de programas que se tenha no serviço, por exemplo, com a escola, podemos chegar à escola e, por algum motivo (...) as coisas desconfiguram ou não é compatível (...) Ou chegarmos lá e o equipamento não funcionar, por exemplo, ou chegarmos nós lá, ter o equipamento e não conseguirmos utilizá-lo. (E2 SEA5).

Para finalizar, um aspeto amplamente expresso nos discursos por mais de metade dos membros das ESE entrevistados, considerado um evidente constrangimento à utilização das TIC nas intervenções de saúde escolar, relaciona-se com o défice de equipamento informático colocado aos dispor destes técnicos de saúde. Mais do que quaisquer comentários que possam ser efetuados, as afirmações dos técnicos de saúde são neste caso manifestamente elucidativas. A inexistência de recursos materiais, desde computadores a projetores multimédia, já para não mencionar uma simples *pen drive*, a disponibilização de meios desatualizados ou obsoletos, a necessidade de utilizar permanentemente meios tecnológicos pessoais ou sujeitos a disponibilidade para empréstimo, a eventualidade de má gestão dos recursos disponíveis, são aspetos manifestamente preocupantes e que, mais do que limitar, poderão nitidamente impedir o desenvolvimento do uso da tecnologia educativa neste âmbito.

Não temos um data show, não temos um computador portátil, não temos uma câmara fotográfica, não temos, tudo aquilo que nós temos são recursos individuais, de cada um de nós, que nós utilizamos. Eu acho que, portanto, fala-se muito na era do computador, mas depois os nossos computadores, se formos ver, então o meu, ainda os outros não, mas o meu é de mil novecentos e carqueja, é o mais antigo da casa. Portanto, eu para abrir um e-mail, abro o computador, vou dar uma volta, depois chego lá abro a caixa, para abrir a caixa de correio, vou dar outra volta, portanto, eu acho que era a altura de que a saúde, em si, procura-se gerir os recursos informáticos como deve ser. E não, na realidade é que não, não é feito, portanto, nós não temos nada para podermos ir fazer educação para a saúde ou saúde escolar que não, que seja dos serviços, é das próprias pessoas. (E3 SEA1).

É assim, a tecnologia educativa que nos é disposta, que é posta à nossa disposição para fazermos saúde escolar, é praticamente inexistente (...) Em relação, propriamente dita, às tecnologias que nós..., são praticamente nenhuma, e eu vou-lhe só dar um exemplo, se nós quisermos um retroprojetor, não é verdade, se nós quisermos um data show, nós temos que pedir a uma entidade externa. Portanto, nós não temos os equipamentos mínimos para poder, de facto, trabalhar com estas novas gerações, que são gerações em que o computador, não é verdade, assume um valor fundamental (E1 SEA2).

Se houver défice de materiais existentes também, e depois haver materiais mas que estejam desatualizados também, também acaba por ser um problema grande, porque sim senhora, que até podem existir, mas depois não, estão desatualizados. Ou então que haja uma má gestão dos recursos ou dos poucos recursos existentes, isso poderão ser algumas desvantagens. (E1 SEA5).

Eu vou dizer é as dificuldades, as dificuldades que nós, muitas vezes, temos é quando nós não temos esse recurso, como eu disse há pouco nós temos o projetor e o computador portátil que, na realidade, é nosso e não é, portanto, não é dos serviços.

Uma das coisas que nós solicitámos, na altura da elaboração do plano de ação da UCC, e os recursos necessários visavam para a área toda da educação para a saúde, portanto, os meios tecnológicos necessários, inclusivamente máquina fotográfica, muitas vezes utilizamos a nossa. Portanto, para nos recorrermos a imagens reais, às nossas, portanto, a fotografias até de, de atividades, que envolvam os alunos, e, portanto, isso nunca nos foi facilitado, inclusivamente pequeninas coisas, desde pen's, nunca nos foi facilitado, isso somos nós que adquirimos, por nossos meios. E, e esses são as dificuldades, portanto, eu penso que muitas vezes não há a perceção de, dos serviços na necessidade de recorrer, de se adquirirem estes, estes recursos, como uma mais-valia, como um instrumento de trabalho, eu penso que essa é a grande dificuldade. Muitas vezes quando inclusivamente, por exemplo, no nosso software, muitas vezes é desatualizado e nós não conseguimos elaborar alguns trabalhos no serviço, temos que elaborar, muitas vezes, nos nossos computadores em casa. E, portanto, por vezes, são essas as dificuldades e, portanto, tem a ver sempre com custos, como é óbvio (E1 SEB3).

Por parte dos DCEpS constata-se, relativamente ao domínio em análise, uma postura que, na generalidade, se pode considerar relativamente consentânea com a assumida pelos membros das ESE, enquadrando-se os elementos emergentes dos seus discursos, relativamente aos constrangimentos da aplicação das TIC nas atividades de educação para a saúde, desenvolvidas na comunidade educativa, igualmente nas três dimensões já identificadas, sendo relevante referir, também no caso dos docentes, não terem enunciado limitações neste âmbito diretamente associadas aos alunos.

Em relação à primeira dimensão, mencionam igualmente a distração e dispersão que as TIC podem motivar, a par dos aspetos associados ao excesso de informação atualmente disponível e respetiva falta de fiabilidade, enquanto elementos que podem limitar a eficácia da aplicação das TIC no âmbito da saúde escolar. Neste sentido realçam o facto de muitas vezes haver uma maior focalização nos aspetos acessórios do que na mensagem em si, causando a referida dispersão que prejudica o processo educativo, mas também a dificuldade de selecionar e interpretar a multiplicidade de informação existente, sobre as mais diversas temáticas, muitas vezes apresentada de forma desadequada para determinadas faixas etárias, implicando um constante acompanhamento e descodificação da mesma, visando impedir interpretações inadequadas ou, eventualmente, desfavoráveis em termos formativos.

Os mais negativos podem ser o dispersar a atenção, às vezes, para pontos menos fundamentais. Centrarem-se, por exemplo, que o boneco é gordo, é magro, é feio, é bonito, é alto, em vez daquilo que nós os queremos focalizar. Às vezes dispersam-se um bocadinho mais dos assuntos ou dos pontos fundamentais. (CEpS EB1).

Portanto, por vezes há excesso de informação e, dependendo da faixa etária que a está a utilizar, a maior dificuldade desse excesso de informação é a seleção dessa informação, com vista aquele objetivo (...) a desvantagem é não conseguirmos interpretar essa informação, porque às vezes os órgãos de informação não falam, e nós depois podemos usar a nova tecnologia, portanto, e pegar na Net, e utilizar

aquilo sem fazer uma prévia escolha. Porque essa informação não visa, exclusivamente, faixa etárias, não visa, portanto eles podem ser, podem receber informações que eles não a conseguem descodificar, e até dar azos a interpretações erradas. (CEpS EA5).

A segunda dimensão, nitidamente aquela a que os DCEpS atribuíram maior destaque, aborda as dificuldades que estes docentes percecionam relativamente à utilização das TIC pelos membros das ESE, no decurso das ações de saúde escolar que desenvolvem, perspetivando igualmente limitações ao nível das suas capacitações neste âmbito, não colmatadas através de processos de atualização, e em termos da disponibilidade de tempo dos técnicos de saúde, para melhorar a forma de aplicação das tecnologias.

No que se refere aos constrangimentos nesta área de atuação, devido ao défice de competências dos membros das ESE no que respeita à utilização das TIC, este constitui um aspeto realçado pela maioria dos docentes, referindo verificar lacunas na forma como os técnicos de saúde aplicam a tecnologia educativa, não explorando adequadamente as suas possibilidades efetivas, atribuindo esta situação ao facto de considerarem que estes profissionais têm pouca formação no que se refere a esta área, limitando a sua aptidão para uma exploração correta dos programas informáticos que têm ao seu dispor.

Está a faltar, talvez, formação às pessoas que fazem, por exemplo, eu não me posso limitar a fazer um PowerPoint®, eu tenho que saber como é que tenho que por a informação no PowerPoint®, eu tenho que saber que a informação não pode ser muita, se não as pessoas não assimilam, que estão do outro lado, que tipo de imagens vou selecionar, se são as melhores, se são as piores. (CEpS EA1).

As dificuldades prende-se, sobretudo, com o facto, como eu já tinha dito também, de não se saber explorar, da melhor forma, as tecnologias, e de nem sempre termos noção das potencialidades que elas podem ter, pronto. As dificuldades estão relacionadas com isso, com a forma as tecnologias são exploradas e são aplicadas. (CEpS EA2).

Um dos fatores é o facto de eles não terem grande formação em tecnologias, os técnicos de saúde. Acho que os professores tem um bocadito mais de formação, e nas escolas temos mais formação em tecnologias educativas, do que os técnicos de saúde. (CEpS EB1).

É, no entanto, também reconhecida pelos DCEpS a reduzida disponibilidade de tempo, por parte dos técnicos de saúde que intervêm neste âmbito de atuação, constituindo este facto também uma limitação, que impede uma melhor exploração da aplicabilidade das TIC ao nível da saúde escolar, encontrando-se mais uma vez implícito o volume de trabalho, inerente às funções que os membros das ESE têm que desempenhar, enquanto elementos integrados nas UCC, facto que eventualmente poderá constituir um constrangimento para uma mais adequada utilização das tecnologias nesta área de específica de intervenção.

A culpa não recai sobre os técnicos, os técnicos precisam do tempo para preparar as sessões, precisam, talvez, de formação para fazer as coisas, que é isso que lhes está a falhar. (...) É muito difícil acompanhar o ritmo, esse é o principal problema, temos que estar sempre à frente, é muito difícil. E com o trabalho megalómano que as equipas têm, elas não têm tempo nem espaço mental para conseguir estar à frente, porque mesmo que eles tenham formação, eles precisam de tempo para amadurecer sobre as coisas, sobre as questões, e como é que as vão abordar (...) Isso exige tempo, que é o que, hoje em dia, não há na sociedade, para as pessoas, é o tempo, mais do que os mecanismos. (CEpS EA1).

Relativamente aos aspetos de natureza institucional, integrados na terceira dimensão identificada, os docentes entrevistados abordam nos seus discursos apenas aspetos referentes às limitações neste âmbito que advêm do défice ao nível dos recursos materiais, colocados ao dispor destes técnicos de saúde. Sendo facilmente constatado pelos DCEpS, pela proximidade que normalmente têm com os membros das ESE, a inexistência de equipamentos informáticos distribuídos às equipas, o facto das próprias escolas, onde estas intervêm, poderem ter também lacunas a este nível será uma limitação evidente para a utilização das TIC na saúde escolar, constrangimentos que atualmente emergem do contexto socioeconómico que se encontra instituído, que obviamente limita a obtenção deste tipo de meios, tanto por parte das instituições educativas como de saúde, o que tende a agravar este problema.

Primeiro as dificuldades estão nos meios, para aplicar. Vamos ver uma coisa, muitas, a maior parte, por exemplo, vamos a ver, as equipas de saúde escolar, onde é que elas operam? Nas escolas. Às vezes os próprios meios físicos, mecânicos, que as escolas têm, são limitados. Eu sei que as escolas, muitas escolas, têm estado a inovar-se e, hoje em dia, a realidade já não é como era há dez anos atrás, ou mesmo há cinco anos atrás, (...) muitas escolas acredito que não tenham esta realidade, portanto, para já, um dos problemas está se existem meios, para aplicar as tecnologias. (CEpS EA1).

As desvantagens, ora, se as pessoas não tiverem acesso a essas tecnologias, portanto, se houver dificuldades económicas, se não houver a possibilidade de as usarem, portanto, essa é a grande desvantagem, portanto, as dificuldades de acesso a essas tecnologias. Ter uma Internet, ou ter uma Internet suficientemente rápida, ou disponibilizarem de terem projetores de dados, terem computadores, terem enciclopédias, de terem bibliotecas. Essas são as grandes desvantagens, as dificuldades, o contexto económico e social (CEpS EB2).

Contemplando agora os dados analisados relativamente às limitações perspetivadas nas entrevistas efetuadas, tanto pelos membros das ESE como pelos DCEpS, para além da expressão de um conjunto de elementos semelhantes, agrupados em três dimensões de análise comuns aos dois grupos, que constituem indubitavelmente fontes de constrangimento no que se refere à utilização das TIC ao nível da saúde escolar, constata-se igualmente existirem aspetos que nos remetem para a realização de uma reflexão autocrítica e crítica,

respetivamente por parte dos técnicos de saúde e dos docentes, quanto à forma como as ESE aplicam nos contextos educativos onde intervêm este tipo de recursos tecnológicos.

Contemplando os domínios identificados, em termos de dimensões de análise dos constrangimentos da utilização da tecnologia educativa, na promoção da saúde em meio escolar, constata-se uma relação com os estabelecidos para enquadramento das respetivas potencialidades, optando-se por repetir o procedimento efetuado anteriormente, contemplando as respetivas analogias relativamente aos inconvenientes associados às TIC, enunciados por Marquès (2000). Relembrando os quatro grupos estabelecidos por este autor, visando a interpretação das vantagens e inconvenientes destas tecnologias, tendo por base a *perspetiva de aprendizagem*, dos *estudantes*, dos *professores* e da *perspetiva dos centros*, mais uma vez facilmente se pode fazer corresponder as dimensões processo educativo e educador ao primeiro e terceiro grupos, bem como a dimensão institucional ao último grupo.

Mais uma vez se considera dever realçar o facto de, nas entrevistas efetuadas, não ter sido associada diretamente qualquer limitação relativamente aos alunos, no que se refere à aplicação das tecnologias na saúde escolar, embora no que respeita às vantagens tal situação tenha ocorrido. Contemplando a análise já efetuada, considera-se que esta ocorrência não deverá causar estranheza, pois ao longo dos discursos dos membros das ESE e dos DCEpS é diversas vezes enunciada uma visão que outorga aos alunos, público-alvo das intervenções desenvolvidas ao nível da saúde escolar, um posicionamento dominante, no que se refere à facilidade de utilização das TIC, sendo manifestado diversas vezes o facto de serem os técnicos de saúde e os docentes aqueles que procuram acompanhar o ritmo que estes impõem.

Considerando ter sido os elementos relacionados com o défice de recursos materiais aqueles que, no global, foram alvo de um maior destaque nas entrevistas efetuadas, apesar de ser perfeitamente compreensível as limitações que decorrem do facto de não existir uma adequada dotação de equipamentos informáticos, tanto ao nível das instituições de saúde como educativas, que possibilitem uma utilização plena das TIC nas atividades desenvolvidas ao nível da educação para a saúde, importa no entanto compreender que, nomeadamente no contexto socioeconómico atual, a aquisição e integração de recursos tecnológicos neste âmbito não constitui uma tarefa fácil, pois embora os preços do *software* e do *hardware* progressivamente tenham vindo a diminuir, dificilmente será fácil para as organizações envolvidas obter os recursos suficientes para responder às solicitações.

Além deste aspeto, o desenvolvimento da capacitação nesta área, dos atores que utilizam estas tecnologias constitui um elemento primordial, para que se obtenham efetivos

benefícios resultantes da aplicação das TIC nos processos educativos, uma vez que os recursos informáticos, como qualquer meio de formação, necessitam ser adequadamente empregues, para que sejam eficazes (Barron *et al.*, 2002). Sendo a rentabilização destes recursos um imperativo quotidiano, torna-se fundamental que a sua utilização promova a motivação dos alunos, através de uma adequada exploração dos conteúdos, possibilitando a emergência de um espaço multidimensional, que faculte novas experiências e contextos de aprendizagem, promovendo o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, bem como contributos que permitam melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Apesar de não ter sido um dos aspetos mais referidos, merece no entanto realce, face à importância que assume atualmente, a constatação em diversas ocasiões da existência de uma superabundância de informação, muitas vezes disponibilizada de forma descontínua ou fragmentada, que não proporciona qualquer vantagem em termos de análise e interpretação, dificultando inclusivamente o estabelecimento do raciocínio crítico, de processos de tomada de decisão ou da construção de um domínio cultural. Nesta perspetiva não podemos traçar uma relação linear entre a aglomeração de informação, tantas vezes percursora de confusão e enviesamento, e o conhecimento podendo-se afirmar, de forma análoga, que quem tiver (in)devidamente informado consequentemente estará (in)adequadamente formado, sendo este, entre muitos outros aspetos, um dos constrangimentos que se podem apontar às TIC, tanto de forma global como em qualquer vertente da área educativa ou da saúde.

Neste tipo de circunstâncias, considerando a posse do conhecimento como o nosso maior património, a obtenção de informação fiável e adequada constitui um dos desafios mais prementes e que deverá (re)orientar a reflexão, quando falamos da utilização das TIC (Pérez, 2006), assumindo uma importância primordial o desenvolvimento de capacitações que permitam pesquisar, aceder, selecionar, avaliar, processar e classificar a informação que venha a revelar ter utilidade para qualquer atividade que seja desenvolvida, permitindo um adequado processo de aprendizagem, empoderamento ou tomada de decisão. Este facto implica inevitavelmente encarar estas tecnologias como uma ferramenta, que efetivamente são, e não como uma entidade cognoscente, com apetência para apresentar, *per si*, soluções infalíveis para os problemas dos indivíduos.

“Os limites de uma tecnologia resultam da incapacidade que o meio possua para realizar em simultâneo todas as formas de mediatização exigidas pela experiência educativa e esses limites tornam-se claros quando a introdução da tecnologia não é precedida por uma análise das circunstâncias exatas dessa experiência.” (Damásio, 2007, p. 232).

4.4 – Medidas de consolidação e expansão do uso da tecnologia educativa na saúde escolar

A utilização das TIC na educação não pode ser encarada como um evento isolado, mas como um processo abrangente, implicando contemplar a forma como os formadores as aplicam e os formandos as percecionam, sendo evidente que, apesar das críticas, os recursos informáticos não representam uma ameaça, mas sim ferramentas que deverão desempenhar um papel específico nos processos formativos. A quem facilita o conhecimento e a quem o adquire compete negociar e definir qual é este papel, a sua predominância e relevância nos contextos formativos, requerendo uma perceção adequada da sua aplicação efetiva, podendo e devendo a utilização destas tecnologias ultrapassar a mera transmissão de informação ou execução de tarefas de forma mais ou menos automatizada, espraiando-se até ao âmbito mais alargado da resolução de problemas complexos, potenciando a capacidade de estabelecimento do pensamento abstrato e de identificação de soluções (Wenglinsky, 2005).

O desenvolvimento e implementação de processos formativos englobando a tecnologia educativa, independente das áreas ou conteúdos a abordar, implica o estabelecimento de objetivos precisos que possibilitem direcionar os impactos obtidos, em resultado de uma orientação sustentada que não vise apenas uma utilização das TIC de forma pontual e focalizada, mas a obtenção de ganhos efetivos a longo prazo, ao nível da aprendizagem efetuada pelos formandos (Ritz, 2009). Constituindo estes recursos tecnológicos elementos que oferecem um vasto campo de aplicação ao nível educativo, o contributo que podem facultar no aumento da capacidade de analisar e solucionar diferentes situações é inequívoco, permitindo potenciar as aptidões analíticas dos indivíduos que os utilizam, assegurando simultaneamente o incremento da literacia digital.

Contemplando os aspetos enunciados, será de admitir também a sua transposição no que se refere à utilização das TIC na educação para a saúde, podendo um maior incremento da sua aplicação nesta área contribuir para melhorar a exploração das suas qualidades interativas, possibilitando aos educandos, de forma individual ou em grupo, abordar neste âmbito diferentes problemáticas e cenários que lhes permitam desenvolver as suas competências ao nível da análise e tomada de decisão. Implica, no entanto, uma postura por parte do educador que vise a supervisão destas atividades, confirmando a fiabilidade da informação selecionada e orientando os processos de aprendizagem, tornando-se inclusivamente a interação estabelecida com os educandos mais rica em termos interpessoais, promovendo assim uma

aprendizagem de carácter proativo e não apenas reativo.

Esta perspetiva implica que os profissionais que desenvolvem a sua intervenção ao nível da educação para a saúde não adotem uma postura focalizada nas dificuldades e problemas potenciais que podem emergir da utilização das TIC, o que inevitavelmente sucede, como em todos os processos de evolução científica, mas sim uma visão aberta e direcionada para a exploração dos recursos que se lhes encontram inerentes, que possibilitam melhorar as intervenções efetuadas (Kittleson, 2003). Para tal será impreterível que tenham a vontade e a possibilidade de aumentar as suas capacitações neste âmbito e partilhar as suas experiências, visando o respetivo crescimento pessoal e profissional, permitindo uma adequada utilização destas tecnologias na promoção da saúde que fomente a obtenção de benefícios para as populações-alvo das suas ações, de forma geral, e para a comunidade educativa, no caso específico da saúde escolar.

Contemplando a globalidade da análise de dados efetuada, considerou-se ser relevante perspetivar as medidas que os atores em estudo entendiam ser passíveis de incrementar para a consolidação e expansão da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, solicitando aos membros das ESE e aos DCEpS que perspetivassem a forma como a aplicação das TIC, neste âmbito, poderia reforçar a difusão dos conteúdos abordados nas intervenções desenvolvidas, facultando-lhes igualmente a possibilidade de apresentarem sugestões que visassem beneficiar e fomentar a aplicação destas tecnologias nas atividades efetuadas no seio da comunidade educativa.

Relativamente a esta categoria constatou-se que as respostas dos membros das ESE, quanto às medidas de consolidação e expansão da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, se enquadravam em três dimensões de análise, a primeira relacionada com a necessidade de formação adicional, aspeto que consideraram fundamental para melhorar a qualidade das suas intervenções, uma segunda associada à disponibilidade de recursos, essenciais para o desenvolvimento deste tipo de ações, e uma última, mais complexa, que nos remete para elementos integrados numa reconfiguração funcional, em termos de espectro de atuação, envolvendo uma maior diferenciação em termos de reconhecimento profissional e do redimensionamento das funções desempenhadas.

No que se refere à dimensão relacionada com a necessidade de formação, os técnicos de saúde indicavam essencialmente dois aspetos, associados ao colmatar das lacunas existentes no que se refere às aptidões de utilização das TIC e à melhoria das estratégias de comunicação com os formandos. Sobre o primeiro aspeto referenciado destacam o imperativo

de haver uma aposta na formação e atualização dos profissionais, permitindo-lhes acompanhar a evolução tecnológica que, constantemente se verifica nesta área, melhorando a sua apetência para a aplicação deste tipo de recursos nas intervenções que desenvolvem. Mencionam inclusive a importância do estabelecimento de parcerias interorganizacionais de carácter regional entre as instituições educativas, nomeadamente as de ensino superior, e a ULS visando a implementação de atividades de formação teórico-práticas sobre esta temática, por forma a facilitar o ingresso dos membros das ESE nas mesmas.

Portanto, apostar na formação dos profissionais, e que os profissionais também tenham a preocupação de se informar e de se manterem atualizados, sobre as novas tecnologias que vão sempre surgindo e a forma como elas vão sendo atualizadas. Portanto, atualizarem os seus conhecimentos, no fundo a formação dos profissionais (E1 SEA5).

Sim, nós ao sabermos o que há, nós se não vamo-nos atualizando vamos ficando ultrapassados, cada vez surgem mais coisas novas, se dantes havia um vídeo com as cassetes nos vídeos, agora há um CD, depois foi os DVD's, se nós não nos formos atualizando e nos ensinarem, nós não conseguimos acompanhar toda a evolução. (E1 SEB2).

No fundo todos nós trabalhamos em prol, basicamente, da mesma região, não é, trabalhamos, no fundo, há ligações entre as unidades locais de saúde e os estabelecimentos de ensino superior, entre os agrupamentos de escola. E, pronto, eu vejo que, por vezes, sabemos que há mestrados, que há pós-graduações, porém nem sempre é fácil os profissionais, também, conseguirem ingressarem nesses mesmos, nesses mesmos cursos superiores e essas pós-graduações. Mas, por vezes, se calhar, o desenvolvimento de workshops, nomeadamente nas instituições de ensino superior ou para a Unidade Local de Saúde, virados para estas temáticas mais específicas, por exemplo, a utilização dos meios de tecnologia na saúde comunitária. Em que não fosse só a parte teórica mas que houvesse, essencialmente, uma parte prática, onde pudéssemos melhorar as nossas apetências e corrigir os nossos erros, que muitas vezes cometemos sem saber, não por querer, mas porque não temos o conhecimento devido (E3 SEB3).

Quanto ao segundo aspeto, enunciam a importância de desenvolverem as suas competências comunicacionais, tendo em consideração a aplicação das TIC numa área tão específica como a da educação para a saúde, referindo não ter sido este um conteúdo muito abordado ao nível da sua formação inicial, sentindo ter, por vezes, dificuldade em iniciar o estabelecimento de um processo de interação utilizando estes recursos formativos. Destacam também o facto de se verificar uma evolução simultânea, compreendendo a tecnologia educativa, as estratégias de comunicação e de dinamização dos grupos, pelo que mesmo aqueles que já tiveram alguma formação nesta área necessitam de atualização, integrando estes elementos como um todo, por forma a melhorar as suas capacidades visando o desenvolvimento de intervenções mais adequadas, ao nível da saúde escolar.

Pois, eu acho que falta isso nas nossas formações, pronto, de cada um, de enfermagem, de medicina, de saúde ambiental, específicas de como transmitir conhecimento, como se fosse uma espécie de formação de formadores. Aqueles cursos que, às vezes, a gente tira aí por fora, faltou na nossa formação, que não foi muito direcionada para a educação para a saúde, acho eu, eu falo pelo meu lado, o meu percurso. (E1 SEA1).

Se calhar mais formação para nós próprios, em termos de comunicação, e eu, às vezes, tenho alguma dificuldade, que não sei como iniciar uma sessão, dependendo do tema e, às vezes, utilizando as tecnologias, se nos fosse ensinado, não é, assim às vezes, ou dar-nos uma ideia, pronto, para iniciar a sessão seria, talvez, interessante. (E2 SEB1).

A estratégia de comunicação, a estratégia e dinâmica de grupo, mas pensamos que existem técnicos e existem formadores, a nível nacional, que seria uma mais-valia. Para quem já teve essa formação há alguns anos fazer uma reciclagem, seria uma mais-valia, porque os métodos vão-se adaptando, as tecnologias, portanto, tudo, e a quem não teve, era necessário fazer essa formação, e é uma necessidade que nós sentimos, porque na realidade ainda não tem sido. (E1 SEB3).

Numa outra dimensão, os membros das ESE realçam a carência de recursos, tanto de cariz material como humano, aspetos com carácter recorrente ao longo das entrevistas, elementos considerados fundamentais para uma efetiva e apropriada utilização das TIC nas atividades de educação para a saúde desenvolvidas em contexto educativo. Sobre o défice de recursos materiais, principal aspeto referenciado pelos técnicos de saúde, realçam o facto de não conseguirem desenvolver a sua atividade nestes moldes sem que lhes seja facultado material, mais concretamente computadores, projetores e meios auxiliares de ensino.

É neste último aspeto que surgem algumas opiniões focalizadas, que se considerou relevante referenciar, mais concretamente a possibilidade de serem criados e distribuídos às ESE materiais pedagógicos, para aplicação na educação para a saúde, com uma mensagem uniformizada, facilitando de alguma forma a abordagem sistemática de determinados temas-chave, mais habituais ao nível das intervenções de saúde escolar.

É assim, falou-se aqui em formação, eu já tive várias formações de adaptação da tecnologia à saúde escolar, já tive várias formações, portanto, nesse aspeto aqui penso que, essencialmente, é a falta de recursos, mais do que outra coisa, falta de recursos (...) materiais. Porque é assim, sempre que nós queremos trabalhar com tecnologia, trabalhamos com a nossa, pessoal, não trabalhamos, os serviços de saúde, a Unidade de Saúde Pública, por acaso tem um portátil, mas é um. (E3 SEA1).

Pois, eu também acho que sim, eu acho que devia haver uma uniformização de toda a informação, em que todos falássemos a mesma língua, nós saúde, para as escolas, porque eu posso achar que, por exemplo, falar dentro de um tema, aprofundar aquela situação e de esquecer-me um pouco da outra, deixá-la assim um pouco mais à margem, se calhar não é a melhor atitude. Então se uniformizassem as mensagens, e todos utilizássemos o mesmo material, para as mesmas populações-alvos, se calhar também era uma medida mais eficaz (E3 SEA2).

Disponibilizar verbas, hoje em dia nada se faz sem dinheiro, e é verdade, por muito boa vontade que nós tenhamos, era o caso que ela estava a dizer, nós não temos um computador portátil, por muitas coisas que a gente queira fazer, por muitas ideias que tenhamos, não temos o computador, não temos como por as coisas em prática. Nós às vezes, é o que nós dizemos, nós com um adesivo e com uma, sei lá, com uma agulha fazemos uma casa, é o que nós muitas vezes, só que se não temos os materiais nós não, não conseguimos (E1 SEB2).

No que se refere aos recursos humanos, as opiniões expressas nos discursos dos técnicos de saúde remetem-nos evidentemente para o défice de profissionais nas ESE, mas também para a forma como estes se encontram distribuídos, originando dificuldades na gestão dos meios disponíveis. De uma forma até um pouco emotiva, são referidas as dificuldades de coordenação das equipas quando, em centros de saúde de menor dimensão, há uma grande fragmentação dos profissionais pelas diferentes unidades, resultantes da reorganização dos serviços de saúde pública a nível local e regional, aspeto já anteriormente mencionado.

Aqui, mais do que as limitações impostas pelo défice de recursos materiais ou humanos, é destacada a necessidade de ser possibilitada a existência de uma organização do trabalho eminentemente ao nível da equipe multidisciplinar, rentabilizando os técnicos de saúde existentes que, de uma forma dispersa, não conseguem dar uma resposta cabal às solicitações que emergem das funções que atualmente lhes são solicitadas.

Eu vou dizer uma coisa impoliticamente, politicamente incorreta, é assim, independentemente da forma como organizem os serviços de saúde, deem capacidade às pessoas para trabalharem umas com as outras. Porque o problema essencial é que, às vezes, a criação e a divisão das coisas em capelinhas, e vamos ser lineares, cria capelinhas que cada um trabalha é para o seu lado, e temos tão poucos recursos que não vale a pena estarmos a fazer isso. Eu acho que, essencialmente é assim, às vezes a dificuldade de que as coisas funcionem bem não está no local da aplicação das coisas, está nas políticas de saúde nacionais, regionais, distritais, etcetera, essencialmente o problema é assim. Deem possibilidade às pessoas para trabalharem em conjunto, se derem possibilidade às pessoas para trabalharem em conjunto, é assim, mais do que o dinheiro, mais do que os recursos, que foram aqui falados, que é importante, deem valor a essas pessoas e deem, deem-lhes possibilidades de trabalhar. Porque nós, até agora, temos trabalhado com os nossos recursos de casa, com o computador que está em casa, com a máquina fotográfica que A, B ou C trás, com, nós vamos trabalhando. Agora se nos põem, cada um de nós, a fazer as coisas separados, e não nos deixarem trabalhar em conjunto, aí isso não vai haver hipótese de conseguirmos. (E3 SEA1).

Material, material é fundamental. (...) Material humano. (E3 SEB1).

A última dimensão identificada nesta categoria remete-nos para algumas asserções, expressas pelos técnicos de saúde, que se enquadram no âmbito da reconfiguração funcional da maneira como são reconhecidas e desempenhadas as suas funções, ao nível da saúde escolar, tendo estas componentes indiretamente influência na forma como utilizam a

tecnologia educativa neste âmbito. Assim, mencionam aspetos associados à (des)valorização que é conferida às atividades que desenvolvem, à organização e estruturação do seu horário de trabalho, bem como à possibilidade de se efetivar um alargamento do domínio de intervenção da saúde escolar, por intermédio da aplicação das TIC.

No que se refere ao primeiro aspeto, mencionam o imperativo de existir uma sensibilização relativamente ao papel dos cuidados de saúde primários, de forma geral, e da saúde escolar, em termos mais concretos, que possibilite a valorização efetiva das atividades que desenvolvem a nível profissional. Sendo este elemento muitas vezes associado a sentimentos de desmotivação, já referenciados pelos membros das ESE, é natural o assumir da sua parte desta posição, não sendo efetivamente fácil de compreender a razão desta situação, principalmente por parte de outros profissionais de saúde, se contemplarmos a importância que a intervenção desenvolvida a este nível tem, atualmente, nas sociedades desenvolvidas em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, elementos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das populações, associada ao bem-estar fruto de uma existência saudável, e nomeadamente para a diminuição do sofrimento e dos gastos financeiros, recorrentemente elevados, associados ao tratamento de situações de doença.

Já falámos agora na, nos recursos que, realmente, que é a situação mais pertinente, e a mais problemática, a falta de valorização dos cuidados de saúde primários. Portanto, se calhar se houvessem melhores cuidados de saúde primários não haveria tanta gente, se calhar, nas camas dos hospitais e no corredor, mas pronto, estamos a viver tempos de crise. (E2 SEA1).

Não, para além de nos darem mais, de nos valorizarem mais, se assim fosse não, ninguém nos apontava o dedo quando saímos porta fora, olha, agora vão para a escola, vão-se divertir um bocadinho. (...) É, acho que era bastante relevante valorizarem a educação para a saúde ou a saúde escolar, não só, mas também. (E2 SEB1).

Eu penso que, a priori, que tem que, eu penso que a saúde escolar e, nomeadamente, os cuidados de saúde primários têm que ser valorizados, mais valorizados, a partir daí, se nos forem dados os recursos, se forem valorizados, pronto, os cuidados na prevenção, eu acho que é uma mais-valia. (E2 SEB3).

Outro aspeto referido pelos técnicos de saúde, nesta dimensão, tem a ver com as formas instituídas de organização e estruturação das unidades de saúde, onde desempenham as suas funções, verificando-se existir claras limitações em termos do tempo disponibilizado para as intervenções desenvolvidas ao nível da comunidade escolar, facto que como já foi referido anteriormente restringe também a utilização das TIC neste âmbito. Pelo facto de serem solicitados para ações neste âmbito fora do horário escolar, associando-se a indispensável motivação necessária para desenvolver este tipo de atividade e o imperativo de

planeamento adequado das intervenções, a falta de tempo disponível assume uma relevância extraordinária a este nível, sendo perfeitamente legítima a expressão do imperativo de ser facultado um horário adequado às funções que desempenham ao nível da comunidade educativa, realçada pelos técnicos de saúde que integram as ESE.

Portanto, a saúde escolar não se pode prender ao espaço da escola, mas por outro lado também não se pode obrigar ninguém, fora do seu horário de serviço, não é, a estar a fazer educação para a saúde, depende muito da postura de cada pessoa, isto também vem da personalidade das pessoas. (E2 SEA2).

Pois, o tempo é importante, eu acho que também é importante que as pessoas também estejam motivadas, mas pronto, tempo sem motivação não resulta, motivação sem tempo também é um bocadinho difícil, mas mesmo assim resulta um bocadinho melhor. Mas pronto, mas eu acho que é, e é importante, realmente, que as pessoas que estão nestas equipas gostem deste tipo de trabalho, porque também só assim é que conseguirão, porque, pronto, às vezes apesar de, das coisas funcionarem, mas às vezes há aquelas dificuldades, que temos que ir resolvendo no momento. (E3 SEA5).

E em segundo lugar, outra medida seria que o número de horas alocadas dos técnicos, dos enfermeiros que operacionalizam o programa nas escolas, que fosse superior, porque para preparar a intervenção é necessário tempo e é necessário preparar com qualidade. E, por outro lado, o tempo na escola, para planejar, para fazer levantamento das necessidades, também é necessário o tempo útil de qualidade, portanto, o tempo que nos estão a dar para operacionalizar o programa, ao nível das UCC's, eu falo aqui concretamente, no nosso caso, é escasso, francamente escasso. (E1 SEB3).

Apesar de ser o menos referenciado pelos membros das ESE, é apontado ainda um último aspeto, nesta dimensão, relacionado com a ampliação do espectro de ação da saúde escolar, através da aplicação das TIC, sendo abordada de forma extremamente assertiva pelos técnicos de saúde, que evocam esta perspetiva, a necessidade de uma maior abertura à comunidade, podendo estas tecnologias dar um contributo essencial, mencionando a possibilidade de utilização das redes sociais pois, sendo um recurso apelativo para os jovens, poderão permitir uma interação mais frequente e eficaz, inclusive fora do horário escolar.

Englobando diversos aspetos enunciados nesta categoria, um dos entrevistados reforça a importância de ser facultada alguma liberdade aos membros das ESE, visando possibilitar a extensão da sua intervenção a uma população-alvo mais abrangente, permitindo para além de atuar no âmbito da prevenção da doença agir efetivamente ao nível da promoção da saúde, utilizando a tecnologia educativa como um instrumento de eleição, caso sejam efetivamente facultadas as condições necessárias para esse efeito

Sugestões era esta, eu acho que devíamos apostar nas redes sociais, apostar em novas maneiras de fazer chegar as mensagens aos miúdos, portanto, acho que esta questão dos enfermeiros dentro da escola, na sala de aula, é importante, mas já não

tem aquela eficácia que tinha inicialmente, aqui há uns quinze anos atrás. E portanto existe, até porque existem temas que, pela sua atualidade, exigem uma resposta de intervenção rápida, vamos supor, por exemplo, que há uma notícia qualquer, que os miúdos até ouvem quando estão a jantar com os pais, ou a almoçar, e que lhes desperta alguma curiosidade. Eu penso que nós devíamos ter uma intervenção, relativamente a essa notícia, mandar para as redes sociais deles uma pequena diretriz, nada de muito extenso, um pequeno pensamento, um pequeno conselho, que muitas vezes fosse adequado a diversas situações, e a diversos casos que se vêm no dia-a-dia. Porque entre aquilo que eles ouvem e depois, vamos supor que há uma determinada dúvida, e até ser satisfeita aquela dúvida, podem mediar anos, anos, entre uma coisa e outra, ou seja, penso que a saúde escolar devia ser muito mais reativa, muito mais interventiva, a socorrer-se de novas tecnologias (E1 SEA2).

Agora se, realmente, nos começarem a deixar, a dar mais liberdade para esse tipo de trabalho, e nos munirem de certas armas, aí sim, conseguimos mostrar o nosso valor enquanto profissionais de saúde, também para a prevenção, como é o meu caso, que sou um técnico de diagnóstico e terapêutica. Que também é um profissional que não serve, não só tratamentos preventivos, mas também para promover a saúde, e sem a promoção da saúde não adianta eu estar só aqui, a utilizar o meu gabinete, preciso também de promover saúde e até mesmo sensibilizar outros grupos, que não têm acesso ao programa de saúde oral. Portanto, torna-se essencial a saída para a comunidade, a utilização destes recursos, e assim conseguimos ter ganhos de saúde, não é, e eu noto que isso tem sido um bocadinho descuidado, agora, ultimamente, não é, têm sido dadas outras prioridades. (...) E muitos desses jovens nem têm ainda acesso a um programa de saúde oral e, portanto, muitas vezes, quando cá chegam já chegam com problemas, e nós temos que começar a trabalhar antes, não é, através... E se nos munirem destas armas, conseguirmos otimizar as nossas ações de formação para ter ganhos, também, na prevenção, é isso é que eu noto que tem que ser mais bem trabalhado. (E3 SEB3).

As perspetivas enunciadas pelos DCEpS, também em relação às eventuais medidas de consolidação e expansão da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, enveredam por conceções globalmente similares às expressas pelos membros das ESE a este respeito, que se enquadram nas dimensões de análise já identificadas nesta categoria, embora se constate uma maior focalização em determinados aspetos, aos quais atribuem nitidamente uma maior relevância, eventualmente em resultado de um posicionamento mais consentâneo com a sua formação de base e consequente atividade profissional.

Em relação à primeira dimensão, reconhecem a importância de existir estratégias que visem fomentar uma formação complementar nesta área, embora só abordem nas suas entrevistas aspetos associados a ações neste âmbito ao nível do desenvolvimento de competências de utilização das TIC, enquanto os membros das ESE consideravam também relevante a integração nestas atividades de elementos relativos à comunicação, nomeadamente em termos de educação para a saúde.

Realça-se, no entanto, o facto de este ter sido o aspeto referido pela grande maioria dos docentes, nas diferentes dimensões identificadas nesta categoria, enunciando a perceção

da existência de lacunas evidentes, nomeadamente por parte dos elementos que integram as ESE, existindo a necessidade que os diferentes atores que intervêm na área da saúde escolar tivessem a formação adequada, facultando-lhes as capacitações efetivas que propiciassem uma utilização mais apropriada e eficaz da tecnologia educativa neste âmbito de intervenção.

Eu propunha que toda a gente já tivesse formação, há muitos técnicos, há muitos professores, que ainda não têm formação sobre como utilizar determinadas tecnologias, eles precisam, ainda é necessário formação. Pode parecer um absurdo, porque há tanta ação de formação, há tanta, mas não, as ações de formação tem que ser contextualizadas, tem que ser contextualizadas às necessidades locais, entende o que eu quero dizer? Que é isso que não tem acontecido. Para já tem que haver formação, eu acho que mais do que existirem meios, os meios que nós temos, para já, poderiam ser suficientes, se as pessoas que os estão a utilizar tivessem formação, para utilizar. (...) Eu propunha, exatamente, isso, para já que pudesse haver..., para já tinha que haver um levantamento, e eu já percebi, mais ou menos, o que é que era importante, já vi que há, que ainda há muitas lacunas, e ainda há muita, muita gente que não sabe usar bem, pode parecer que não, mas ainda há muita gente que não sabe usar bem as tecnologias. (CEpS EA1).

Talvez nós, professores, quando começaram a surgir as novas tecnologias, e atualmente com os quadros interativos, etc., tivemos formação, de como explorar, como utilizar, etc. Talvez a nível da saúde escolar, se calhar também seria importante terem formação nessa área, porque lá está, os PowerPoint®'s não são só para, aliás, o objetivo de um PowerPoint® não é apresentar textos, textos enormes, cujo objetivo é facilitar o papel do promotor da saúde escolar e não despertar o interesse dos alunos, não é esse o objetivo. E portanto, se calhar, tal como nós, professores, também tivemos, e mesmo assim continuamos a sentir, às vezes, dificuldades, não estou a dizer o contrário, de maneira nenhuma, tal como nós, professores, tivemos e continuamos a ter formações, onde nós é ensinado como explorar melhor as tecnologias educativas, se calhar, a nível da saúde escolar também seria importante haver essas formações. (CEpS EA2).

Primeiro, a formação dos técnicos de saúde, porque eles têm alguma... têm uma dificuldade maior do que os professores, em lidar com estas tecnologias educativas. (CEpS EB1).

Na dimensão seguinte, tal como os técnicos de saúde, os DCEpS destacam nos seus discursos, de forma algo incisiva, as carências que se verificam no que respeita aos recursos atualmente disponíveis, tanto de cariz material como humano, constatando-se no entanto que, ao mesmo tempo que evidenciam a necessidade de reforçar estes domínios, perspetivam desde já o surgimento de múltiplos problemas neste âmbito, num futuro relativamente próximo, em resultado dos substanciais cortes orçamentais existentes quotidianamente, neste caso particular nas áreas da educação e da saúde.

Mais do que qualquer outro aspeto, referem o imperativo de existir um adequado financiamento que possibilite a dotação das instituições, educativas e de saúde, com os equipamentos informáticos adequados, mas também a implementação de processos que

possibilitem a sua apropriada manutenção e atualização, caso contrário mesmo os meios já existentes dentro de algum tempo deixarão de poder ser utilizados. Solução semelhante é apontada para o défice de recursos humanos, pois sendo facultados os meios económicos necessários poder-se-á proceder ao reforço das ESE, possibilitando-lhes intervir no seu campo efetivo de atuação, a promoção da saúde no contexto educativo, não sendo mobilizados para a execução de outras funções, mais relacionadas com aspetos preventivos ou curativos, normalmente conectados com situações de doença, como já foi referenciado anteriormente.

Primeiro é preciso que a tecnologia exista. Eu penso que atualmente, com os cortes que existem, aquilo que eu perceciono é que vamos começar a utilizar muito menos a tecnologia, do que estamos a usar. Eu vou-lhe dar um exemplo, muitas escolas foram equipadas com computadores, esses computadores, mais cedo ou mais tarde, vão ficar obsoletos, porque ou vão precisar de arranjo ou vão precisar de melhoramentos. Com o corte que existe, eu acho que vamos começar a utilizar muito menos as tecnologias, se já estávamos a utilizar, mal ou bem, ou muito ou pouco, vamos começar a utilizar menos. (...) Mas olhe, eu acho que o cenário vai ficar muito pior, muito mau, porque eu acho que a qualidade das tecnologias que existem, atualmente, nas escolas e mesmo nos centros vai decair bastante, por causa do corte orçamental. Mas vai decair muito, portanto, e eu acho que o uso, para o futuro, vai ser muito mau. Eu já estou com medo, porque nós às vezes, por exemplo, aqui na escola, já estamos com medo, porque pensamos assim, agora ainda temos estes computadores, se isto começa tudo a avariar, isto vai ser uma chatice, porque nós não vamos ter mais. (...) E eu estou a ver, neste momento, o futuro um bocado negro, para o TIC, é um contrassenso, mas estou a ver um futuro muito negro, muito devido aos cortes e aos problemas. É tudo uma questão economicista. (CEpS EA1).

Portanto, se houver dinheiro, se houver recursos económicos, se houver, portanto, facilidade e, portanto, os recursos económicos também estão muito relacionados com recursos em termos humanos. Se eles tiverem mais recursos humanos podem, portanto, disponibilizar mais pessoas para poderem vir realizar estas tarefas às escolas, uma vez que terão outras pessoas a realizar as tarefas próprias dos centros de saúde, próprias dos hospitais e, portanto, esta lacuna facilmente seria colmatada (CEpS EB2).

Relativamente à dimensão final, associada à perceção da necessidade de uma reconfiguração funcional, ao nível do espectro de atuação das ESE, contribuindo para melhorar a utilização das TIC na saúde escolar, os DCEpS mencionam diferentes aspetos, que se podem enquadrar nos elementos relacionados com a organização e estruturação do tempo disponibilizado aos técnicos de saúde, que atuam neste âmbito, apontando também algumas asserções quanto à possibilidade de ampliação destas intervenções. De uma forma que se pode considerar natural, não fazem menção à valorização profissional, aspeto realçado pelos técnicos de saúde, por motivos de cariz eminentemente intrínseco.

Quanto à perceção que os docentes entrevistados têm da forma de distribuição do horário de trabalho das ESE, no que se refere à disponibilidade para o desenvolvimento das

intervenções de saúde escolar, destacam a necessidade de instituir tempos efetivos para articulação entre os diferentes atores que intervêm neste âmbito, com o intuito de melhorar a eficácia das atividades realizadas. Fazendo analogia com a sobrecarga de trabalho que ocorre ao nível das funções desempenhadas pelos docentes, é sugerido o reforço das interações entre os agentes educativos e de saúde, possibilitando o desenvolvimento de equipas alargadas, funcionando em parceria de acordo com as suas áreas de especialização profissional, o que poderia melhorar a utilização das tecnologias neste âmbito de ação. No entanto, enquanto se mantiver uma estratégia organizacional que mantenha a dispersão atualmente verificada, em termos das funções desempenhadas pelos técnicos de saúde integrados nas ESE, qualquer medida ou intenção a este nível será perfeitamente infrutífera.

Por exemplo, ali a minha colega é professora de TIC, na escola, e a minha colega de TIC está encarregue de fazer manutenção a isto tudo, na escola. Como é que ela nos vai poder..., como é que esta colega está... Por exemplo, o ideal era termos um professor de TIC numa equipa de saúde escolar, porque esse professor, além de ser professor, poderia ajudar a equipa a utilizar, muito melhor, as tecnologias. Eu acho que a única sugestão era essa, o ideal era haver uma equipa especializada e que funciona-se para isto, só. Então aí a equipa tinha tempo de ir aprofundar os problemas, de ver como é que podia usar, precisamente, portanto, os meios tecnológicos da maneira ideal, o problema, a questão é só essa, é as pessoas. Haver pessoas especializadas para fazer um determinado trabalho, especializado, e aí as pessoas têm tempo, e condicionam as energias delas para esse problema, pronto, é óbvio. Agora se pedem à equipa de saúde escolar, do centro de saúde, que ande a fazer a educação para a saúde nas escolas, que, ao mesmo tempo, ande a tratar das vacinas das crianças e ande a tratar dos idosos, as equipas de saúde escolar não conseguem, claro que não. (...) Dispersam-se, o problema está aí, hoje em dia, é na dispersão. O problema é a dispersão, é só esse. (CEpS EA1).

Não, a sugestão é mesmo aquela questão do tempo, de haver horas de articulação, que deveriam estar nos horários, ou semanais, ou quinzenais, em que se pudesse articular mesmo. Ter reuniões semanais, quinzenais ou com alguma periodicidade, em que pudesse haver alguma articulação entre os técnicos de saúde, os técnicos da câmara, que há algumas que têm técnicos de saúde, também, e a própria escola. (CEpS EB1).

Ainda nesta dimensão, um dos docentes entrevistados denuncia emotivamente no seu discurso, sem mencionar aspetos relacionados com uma maior ou menor utilização das TIC na saúde escolar, um elemento central essencial para o alargamento das intervenções ao nível da educação para a saúde no seio da comunidade educativa, a inevitável participação ativa e efetiva dos técnicos de saúde, que integram as ESE, em articulação com os DCEpS, pois de outra forma qualquer expectativa de sucesso ao nível da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida das populações-alvo destas ações não deixará de ser, num futuro próximo, uma mera e ilusória miragem.

E a promoção da saúde e a criação de qualidade de vida é imprescindível, nas nossas sociedades, e nós aí, a este nível, temos um papel, acho que é preponderante. Por alguma razão nascemos, não é, por alguma razão estas equipas apareceram, e as condições não são as melhores. (...) Claro, imprescindível, são os nossos principais parceiros. O nosso plano de atividades este ano, por essa razão, ficou claramente empobrecido. Claramente empobrecido, porque muitas das nossas ações dependiam diretamente do trabalho realizado por técnicos do centro de saúde, sejam eles médicos, ou enfermeiros, ou dietistas. Isso ficou, o nosso plano, muito, muito pobre. (CEpS EB2).

Sendo assumida, ao longo da análise desta categoria, uma conceção eminentemente de carácter prospetivo, visando identificar as estratégias que os atores envolvidos preconizam no sentido de melhorar as formas de aplicação da tecnologia educativa, ao nível da saúde escolar, considerou-se igualmente relevante contemplar as perspetivas dos alunos do 9.º ano, envolvidos nesta pesquisa, relativamente a dois aspetos para os quais já tinha igualmente sido solicitada a sua opinião, em termos da sua experiência anterior. Assim, pretendeu-se conhecer as áreas de promoção da saúde que estes alunos gostariam de ver futuramente abordadas, através da aplicação das TIC, e quais destas tecnologias gostariam de ver utilizadas nas atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar.

Efetuada a análise das respostas obtidas, através dos questionários aplicados aos alunos, verifica-se que das doze áreas de promoção da saúde estabelecidas no PNSE (MS-DGS, 2006, p. 17-18) apenas duas foram assinaladas por mais de metade dos alunos, nomeadamente a saúde mental (65,3%), talvez por ser esta a área que os alunos identificaram anteriormente como sendo a menos abordada ao nível das atividades de saúde escolar em que participaram, e a atividade física (58,2%). Nas restantes áreas assinaladas pelos alunos pode-se inclusivamente constatar a existência de uma relativamente reduzida variação percentual, sendo neste caso a área mais indicada a da violência em meio escolar (50,0%) e as áreas menos assinaladas, com o mesmo valor, as da saúde oral e da promoção da segurança e prevenção de acidentes (37,8%).

Houve ainda oito alunos (4,1%), que assinalaram nos inquéritos que gostariam de ver abordadas futuramente na saúde escolar outras áreas de promoção da saúde, no entanto apenas três indicaram quais, referindo as doenças relacionadas com a alimentação, as práticas desportivas (futebol), a violência no namoro e a orientação sexual, aspetos que podendo não ter sido abordados anteriormente com a profundidade que estes alunos pretendiam, parecem ser enquadráveis, respetivamente, nas áreas da alimentação saudável, atividade física, violência em meio escolar e educação sexual e reprodutiva (Gráfico n.º 12).

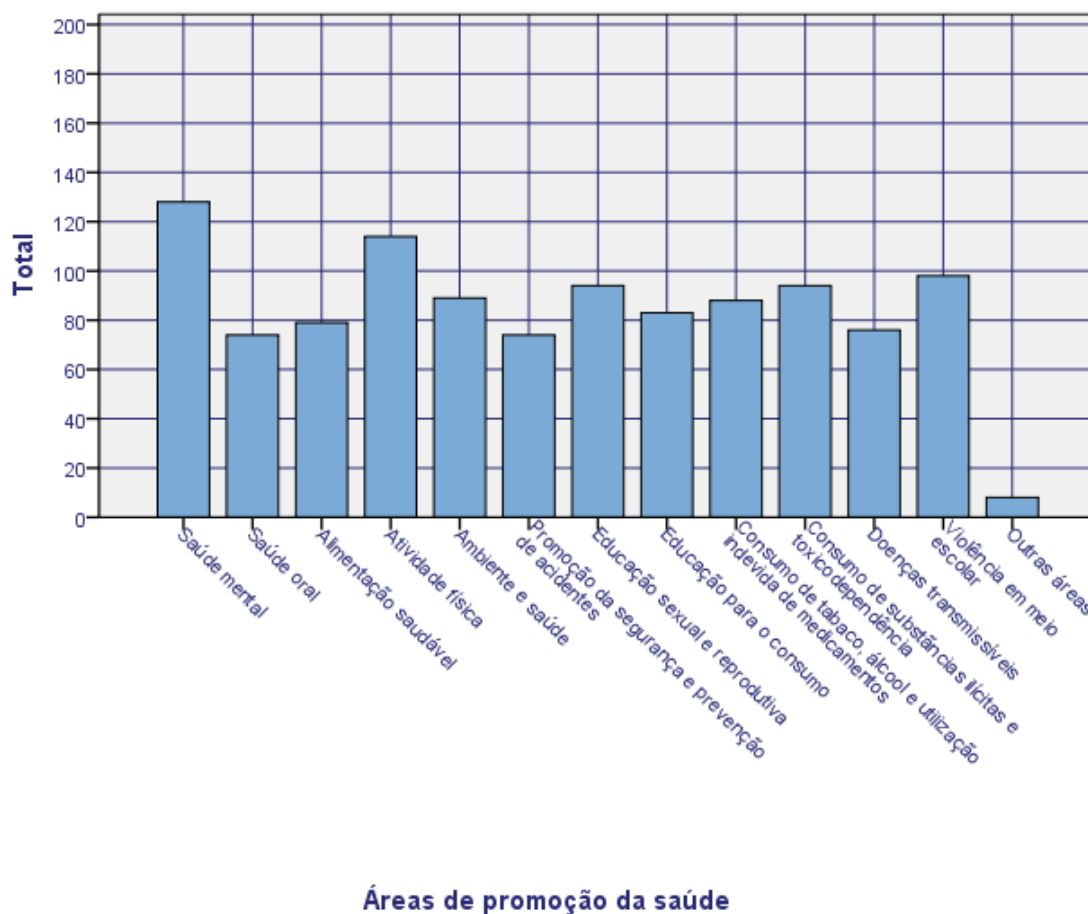


Gráfico n.º 12 – Perspetiva de abordagem futura das áreas de promoção da saúde (SPSS Versão 17.0)

Contemplando as respostas dos alunos, no que se refere às TIC que mais apreciariam que fossem empregues nas intervenções de saúde escolar desenvolvidas futuramente, é inevitável realçar que mais de metade dos alunos assinalaram, nos questionários que preencheram, a maioria das opções de resposta possíveis, indicando predominantemente a utilização do vídeo (67,3%), constatando-se igualmente resultados significativos no que respeita a meios como o diaporama (59,7%) e, com o mesmo valor, a apresentação multimédia e o CD-ROM / DVD interativo (58,7%).

O recurso menos assinalado, embora tenha sido também indicado por quase metade pelos alunos, foi a página de Internet (45,9%), facto que confirma a apetência destes jovens para a utilização deste tipo de recursos na saúde escolar, perspetiva já anteriormente amplamente destacada, visto ser alvo de frequentes menções por parte dos membros das ESE e dos DCEpS, nas suas entrevistas. Apenas seis alunos (3,1%) indicaram, nos questionários, que gostariam que fossem aplicados outras TIC nas intervenções de educação para a saúde, ao

nível da comunidade escolar, sem que, no entanto, especificassem quais (Gráfico n.º 13).

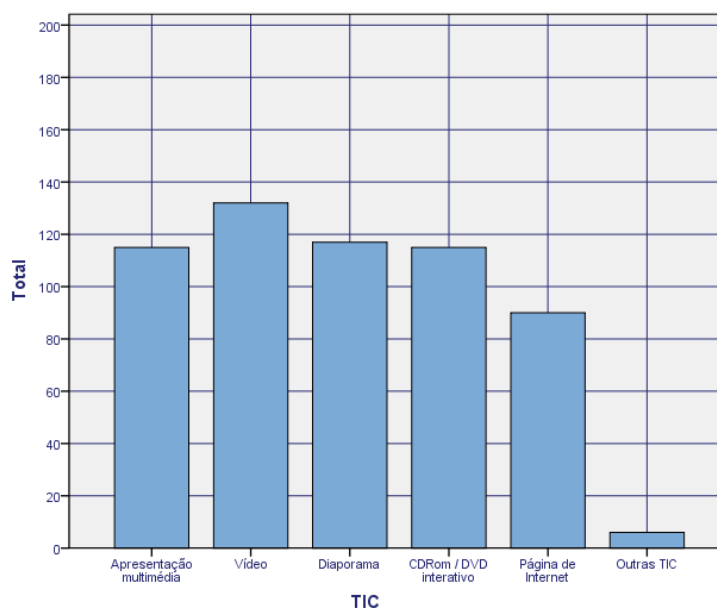


Gráfico n.º 13 – Perspetiva de utilização futura das TIC na saúde escolar (SPSS Versão 17.0)

Refletindo, de uma forma global, relativamente aos dados analisados nesta categoria, pode-se constatar que as perspetivas enunciadas pelos atores intervenientes nos processos de educação para a saúde em contexto escolar, sobre as medidas de consolidação e expansão da utilização da tecnologia educativa neste espectro de atuação, tendo eminentemente subjacente conceções e orientações semelhantes, resultam sobretudo de perspetivas onde se encontram enraizados valores não só de índole pessoal como profissional. Estes elementos estão claramente patentes nas especificidades dos discursos, tanto dos membros das ESE como dos DCEpS, onde apesar das analogias que se verificam, em diferentes aspetos das dimensões de análise identificadas, existia um cunho vinculativo das funções desempenhadas pelos diferentes atores que, partilhando um espaço de intervenção comum, se deparam com dinâmicas institucionais distintas, que condicionam a respetiva ação.

Resultando as dimensões de análise, identificadas nesta categoria, de um conjunto de interações específicas que emergem do próprio contexto em que decorreu este estudo, estas assumem intrinsecamente um carácter único e plurifacetado, tendo-se optado por não as tentar enquadrar num modelo ou quadro teórico previamente estabelecido que, de certa forma, poderia restringir ou mesmo desvirtuar os constructos que destas emergem, verificando-se no entanto a existência de evidentes conexões a diversos elementos que compõem o

enquadramento concetual que suporta a pesquisa efetuada.

Resumindo, tal como se verificou quando nos reportamos à manifestação das necessidades no que se refere à obtenção de formação complementar, expressa nas entrevistas tanto pelos técnicos de saúde e como pelos docentes, nomeadamente no que se refere à utilização educativa das TIC, visando o desenvolvimento de capacitações que permitam usufruir do seu potencial latente, facultando uma efetiva melhoria da eficácia das intervenções desenvolvidas ao nível da saúde escolar, deparamo-nos nitidamente com um dos múltiplos desafios que os profissionais que intervêm ao nível da educação para a saúde, aplicando estas tecnologias, atualmente enfrentam no exercício das suas funções (Kittleson, 2009).

Será, no entanto, um processo que se desenvolve no espaço da literacia digital, cabendo aos atores sobre os quais recai a responsabilidade de atuar como educadores, neste caso ao nível da promoção da saúde, assumir um posicionamento que lhes permita constituir-se como um intermediário e não como um obstáculo aos contextos formativos, presentemente facultados pelos recursos informáticos (Barroso & Llorente, 2007). Em suma, contempla-se o imperativo de desenvolver competências tecnológicas que permitam responder às diferentes exigências socioeducativas que, continuamente, vão surgindo neste âmbito, adquirindo gradualmente e de forma sustentada todo um conjunto de aptidões que possibilitem, simultaneamente, estabelecer novas formas de aprender e ensinar, num contexto digital do qual emergem incessantes exigências de atualização em espaços de natureza, até há relativamente pouco tempo, não imprescindível ou mesmo inexistente.

No que se refere à reiterada carência de recursos, no que respeita aos de cariz humano encontram-se evidências nos discursos, mormente dos técnicos de saúde, que perspetivam o imperativo de uma reflexão relativa às formas de organização dos serviços, facultando a oportunidade de serem (re)estabelecidas equipas multidisciplinares que atuem em complementaridade, respondendo às necessidades emergentes. Já relativamente aos meios de natureza material, sendo manifesto que a adaptação dos processos educativos a estratégias suportadas nas TIC constitui uma mudança progressiva, com avanços e retrocessos, é também evidente que, para que possa ocorrer, implica impreterivelmente a disponibilização de equipamentos tecnológicos, para que as instituições e os profissionais que nelas exercem funções se integram de facto na era digital (Area, 2009).

Não sendo facultados os recursos informáticos adequados, nomeadamente computadores, *software* educacional, projetores e infraestruturas de índole similar, dificilmente será possível o desenvolvimento sustentado de práticas educativas, no âmbito da

educação para a saúde ou qualquer outro, envolvendo a tecnologia educativa. Fazendo um paralelismo entre os resultados encontrados e o modelo de aceitação da tecnologia (Davis, 1986; Davis *et al.*, 1989), verificamos que também aqui em muito contribuem as variáveis externas, anteriormente descortinadas nesta análise enquanto processos e políticas institucionais, dimensão analítica que não se encontrava presente à partida, neste estudo, mas desocultada no terreno de pesquisa e emergente por indução, encontrando-se ilustradas na Figura n.º 20 e posteriormente desenvolvidas no seguimento da Figura n.º 22.

Os atores participantes no estudo identificam e aceitam a tecnologia, fazendo referência à utilidade da mesma enquanto facilitadora do processo de transmissão de informação, adotando atitudes que demonstram uma íntima relação entre a intenção e o comportamento de utilização da mesma, contudo condicionados pelas variáveis contingenciais advindas das atuais condições sócio-político-organizacionais com repercussões diretas no uso atual e na consolidação e expansão de medidas futuras. Tal perspetiva encontra-se também alicerçada nos dados totais resultantes da análise efetuada, utilizando o NVivo (Versão 8.0), nomeadamente os *Coding summary report*, *Coding for a node*, *Coding for a source* e o *Node summary report* (Apêndice VIII), ilustrada ainda no Gráfico n.º 8.

Reforçamos, ancorados nos dados desta investigação, nos estudos anteriormente referidos e ainda nos trabalhos de Holden & Karsh (2010) e Ketikidis *et al.* (2012), desenvolvidos no âmbito da saúde, que intervenções isoladas, estruturadas de forma mais ou menos artesanal, inevitavelmente produzirão resultados pouco ajustados ou mesmo insuficientes, não sendo compatíveis com as perspetivas de melhoria e inovação das atividades formativas, tantas vezes apregoadas na esfera da educação, onde por inerência as intervenções de saúde escolar ocorrem. Sem uma dotação efetiva de recursos, adequada aos objetivos preconizados para a promoção da saúde em contexto educativo, não serão obtidos benefícios consistentes nesta área, mas meras operações superficiais com impactos incipientes, sem condições para contribuir para uma melhoria substantiva da saúde e qualidade de vida das populações-alvo.

Finalmente a possibilidade de existir uma verdadeira reconfiguração nas funções desenvolvidas pelos atores com responsabilidade na educação para a saúde, permitindo a (re)valorização efetiva das suas práticas, elemento fundamental para incrementar a sua motivação, representará inevitavelmente a base de edificação de ações, que produzam reais ganhos em saúde, fomentando um futuro mais saudável para os membros da comunidade educativa e, consequentemente, daquela em que se inserem socialmente, no quotidiano.

Neste sentido, a ação concertada dos diferentes atores que intervêm ao nível da saúde escolar, apoiada na utilização das TIC nas intervenções que desenvolvem, permite configurar a instituição de diferentes fontes de capital social, contribuindo para o estabelecimento de processos de promoção da saúde que visem responder às necessidades efetivas dos elementos que compõem as comunidades educativas onde estas ações decorrem. Concebendo o capital social como um elemento que caracteriza uma comunidade, a mobilização das conexões que permite estabelecer constituem um contributo fundamental para o desenvolvimento da educação para a saúde em contexto escolar, fomentando a edificação de uma estrutura, englobando as instituições educativas, de saúde e a própria comunidade, essencial para a construção de ambientes saudáveis (Eriksson, 2011).

Face à conjectura socioeconómica quotidiana, mencionada nas entrevistas de forma explícita e implícita, pelos membros das ESE e pelos DCEpS, somente num contexto socioeducativo fundado nas asserções expressas anteriormente, se conjugarão as condições necessárias para que as questões de carácter prospetivo, efetuadas aos alunos intervenientes neste estudo, não se resumam a uma retórica de cariz académico, mas constituam um singelo contributo para a identificação de necessidades formativas ao nível da saúde escolar, representando uma eventual amostra das áreas de promoção da saúde que os alunos realmente carecem que sejam abordadas, utilizando TIC que lhes sejam efetivamente apelativas.

Tema	Consequências da Utilização da Tecnologia Educativa na Educação para a Saúde																																
Subcategorias	Impacto da Tecnologia Educativa (ITE)										Influência no Papel das Equipas (IPE)		Potencialidades e Constrangimentos na Utilização (PCU)										Medidas de Consolidação e Expansão (MCE)										
Dimensões	Capacitação em Saúde (CSA)			Resultados das Atividades (RAT)									Potencialidades na Utilização (PUT)					Constrangimentos na Utilização (CUT)															
	Individual	Grupal	Coletiva	Avaliação		Processos aplicados		Impactos das ações		Efeitos verificados	Perceção do contexto	Participação ativa	Aptidões de utilização	Processo educativo		Aluno		Educador	Processo educativo	Educador	Instituições	Formação adicional		Meios disponíveis		Reconfiguração funcional							
	População-alvo - Alunos	Contexto educativo	Família / Comunidade	Tempo de mudança longo	Estratégias de avaliação	Adequação dos recursos	Organização metodológica	Mudança de atitudes	Aquisição de conhecimentos	Ganhos em saúde	Preparação da atividade	Persuasão / Sensibilização / Criatividade / Comunicação	Interesse / Motivação	Interação / Participação	Acesso / seleção da informação	Aquisição de conhecimentos	Atratividade do recurso	Adaptação da aprendizagem	Planificação da atividade	Distração / Dispersão	Informação não fiável / excessiva	Aptidões / Atualização	Disponibilidade de tempo	Apoio técnico especializado	Défi ce de equipamento	Utilização das TIC	Estratégias de comunicação	Recursos materiais	Recursos humanos	Valorização profissional	Organização / Estruturação	Ampliação das ações de SE	
E1 SEA1																																	
E2 SEA1																																	
E3 SEA1																																	
E1 SEA2																																	
E2 SEA2																																	
E3 SEA2																																	
E1 SEA5																																	
E2 SEA5																																	
E3 SEA5																																	
E4 SEA5																																	
E1 SEB1																																	
E2 SEB1																																	
E3 SEB1																																	
E4 SEB1																																	
E1 SEB2																																	
E2 SEB2																																	
E3 SEB2																																	
E1 SEB3																																	
E2 SEB3																																	
E3 SEB3																																	
TOTAL	6	4	8	6	9	5	3	3	4	1	9	4	8	10	6	7	6	8	6	5	2	4	8	1	7	13	6	6	8	3	5	6	3
TOTAL SE	3	4	4	4	6	4	3	2	3	1	6	2	3	6	5	3	3	4	3	3	2	2	5	1	4	6	5	5	5	2	4	4	2
CepS EA1																																	
CepS EA2																																	
CepS EA5																																	
CepS EB1																																	
CepS EB2																																	
CepS EB3																																	
TOTAL	5	0	2	2	3	5	1	1	0	1	4	2	4	4	2	3	4	5	2	1	2	2	5	2	0	3	5	0	2	2	0	4	1

Matriz de Síntese n.º 3 – Consequências da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde

Conclusão

“Aprender sem pensar é inútil, mas pensar sem aprender é perigoso.”

(Confúcio)

Nas últimas décadas as TIC constituem o exemplo mais visível da constante evolução tecnológica, originária dum conjunto de avanços que tem lugar num determinado marco socioeconómico, que torna possível não só o seu desenvolvimento nos centros de investigação e de formação, mas também a sua transferência para a sociedade (Adell, 1997; Azinian, 2009, Cabero, 2007a). A sua exponencial evolução produz modificações indeléveis nas maneiras de transmitir, classificar e processar a informação, de comunicação e de relação, alterando o modo de vida e de compreender o mundo atual, transformando também, como seria previsível, a forma como se aprende e ensina, para além daquilo que se necessita aprender e ensinar, face às exigências contextuais e sociais da existência contemporânea.

A abrangência e o potencial latente destes recursos tecnológicos conduz inevitavelmente à sua introdução no campo formativo, motivando a necessidade de definir um espaço pedagógico para a sua análise e consolidação, o da tecnologia educativa, emergente da necessidade de compreender, conceptualizar e fundamentar as práticas desenvolvidas neste âmbito, possibilitando a apresentação de estratégias e constructos que representem um contributo para o estabelecimento de uma melhor qualidade nos processos educativos, na medida em que a sua introdução efetiva implica repensar e rever os procedimentos inerentes, bem como dos diversos elementos que os compõem.

Proporcionando ao formador ferramentas de planificação e desenvolvimento, assim como recursos que permitam melhorar o processo formativo, a tecnologia educativa admite desenvolver uma prática pedagógica em que se enquadram processos de instrução e construção, desenvolvidos de forma sustentada, e conceber novas metodologias que tendem a associar-se a mudanças organizacionais. Estas alterações socioeducativas mais não refletem que as constantes e graduais adaptações exigidas na sociedade moderna pelo que “o papel e a importância, cada vez mais decisivos, atribuídos ao factor humano na vida das organizações de trabalho tornam dificilmente dissociáveis as capacidades individuais das capacidades de mudança colectiva das organizações e da sua cultura.” (Canário, 2003b, p. 10).

A introdução da tecnologia educativa nos contextos formativos leva à transferência desta conceção dialética para as organizações escolares, pelo equilíbrio que obrigatoriamente requer entre o que se pode, e deve, considerar como inovação sustentada e sustentável, contrapondo com a ditadura tecnológica imposta pelos avanços técnicos que ocorrem na vida

quotidiana. Apesar de se constatar que a sua aplicação efetiva nestes contextos constitui ainda um privilégio a que não acedem todos os agentes educativos, os elementos-chave que parecem ter mais influência neste processo são múltiplos, assentando numa sólida formação técnica e pedagógica dos formadores, a par do seu empenhamento no processo.

Estas modificações implicam uma alteração na mentalidade dos formandos, tornando igualmente imprescindível a integração de um conjunto de conceções, comportamentos e competências por parte dos formadores, que lhes permitam identificar as vantagens e desvantagens da utilização deste tipo de metodologias na sua prática pedagógica, bem como a forma como esta aplicação pode contribuir para a construção de saberes ao nível educativo, fomentando a utilização de metodologias mais atrativas aos públicos-alvo, constituindo estas asserções elementos que permitem antever um considerável potencial de aplicação destes recursos de natureza tecnológica ao nível da saúde escolar e da educação para a saúde.

Considerando os serviços de saúde, a educação para a saúde e o meio ambiente saudável como elementos indivisíveis ao nível da saúde escolar (Igoe & Speer, 1996/1999), a educação para a saúde torna-se indissociável de qualquer atividade de promoção da saúde, o que nos levou a encarar estes conceitos não como complementares mas como sinónimos. Tendo uma especial propensão para fazer incidir a sua intervenção sobre as condições de vida da população, a promoção da saúde configura-se como uma atividade relacionada com a prestação de serviços clínicos e assistenciais, através do pleno reconhecimento de que a doença e a vida saudável não dependem única e exclusivamente de fatores físicos e genéticos, mas também das relações sociais que se estabelecem.

As mudanças nas normas sociais e as necessidades de saúde crescentes, a par da expansão do conhecimento neste campo, exigem que os programas de saúde escolar continuem progressivamente a evoluir, procurando responder às expectativas do papel da escola na vida e na saúde das crianças e jovens, bem como das suas famílias. As práticas desenvolvidas neste âmbito alicerçam-se em ações intersectoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, o rendimento, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais essenciais à saúde e à qualidade de vida (Marcondes, 2005, Sícoli & Nascimento, 2003).

Os diferentes aspetos referidos permitem enquadrar a questão central, que norteou esta pesquisa, relacionada com as formas de utilização da tecnologia educativa pelas ESE, nas intervenções que desenvolviam ao nível da educação para a saúde em contexto escolar, e com os impactos que resultavam desta aplicação ao nível do empoderamento do público-alvo das

ações e da comunidade em que se inseriam. Contemplando os atores que operacionalizam as atividades de promoção da saúde como agentes de formação ativos, considerou-se relevante refletir e analisar as suas perspetivas sobre a utilização das TIC neste contexto, procurando compreender o seu quotidiano profissional, bem como as estratégias que mobilizam para concretizar os objetivos propostos, face a eventuais dificuldades com que se deparem.

Considerando que a investigação representa um dos vários veículos de influência que poderá contribuir para a compreensão das ideologias e das práticas das pessoas (Willis, 2008), estes foram os principais elementos que estiveram na génese de um conjunto de questões de investigação, visando identificar e analisar a importância que as ESE atribuíam à aplicação da tecnologia educativa na promoção da saúde, a forma como utilizavam as TIC na saúde escolar, os principais impactos que resultavam desta aplicação, as potencialidades e os constrangimentos identificados neste processo ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas, bem como as estratégias que preconizam para melhorar esta utilização.

O terreno de pesquisa selecionado para foi uma ULS, da região Alentejo, definindo-se como população em estudo as ESE que nesta desenvolvem atividade, estabelecendo-se uma amostra aleatória estratificada composta por seis ESE, envolvendo 20 técnicos de saúde. Para seleção dos DCEpS optou-se pela definição de uma amostra não probabilística, usando como método a amostragem por redes, sendo indicado por cada ESE um docente, dos agrupamentos / escolas em que intervínham, sendo depois selecionadas, por cada um destes 6 docentes, duas turmas de alunos do 9.º ano de escolaridade, respondendo ao questionário 196 alunos.

Optou-se por uma abordagem qualitativa, de cariz interpretativo, utilizando como método de pesquisa um estudo de tipo exploratório e transversal, selecionando-se como técnica nuclear de recolha de dados a entrevista de grupo, efetuadas às ESE, e como técnicas complementares a entrevista individual, efetuadas aos DCEpS, e o questionário, aplicado aos alunos do 9.º ano de escolaridade, tendo esta associação por base uma estratégia de triangulação dos dados, que possibilitasse simultaneamente uma obtenção aprofundada de informação e a respetiva validação, passível de análise crítico-reflexiva profunda, com o intuito de explicitar e compreender o fenómeno que nos propomos estudar.

No tratamento e análise dos dados obtidos através das entrevistas, de grupo e individual, optou-se pela análise de conteúdo, utilizando-se o NVivo (Versão 8.0), enquanto *software* de análise qualitativa de dados. Relativamente aos dados obtidos através do questionário, foi efetuada a sua análise em termos de estatística descritiva, utilizando-se o SPSS (Versão 17.0), enquanto *software* de tratamento estatístico de dados. Estes

procedimentos permitiram desenvolver a interpretação e discussão dos resultados, etapa em que se procedeu à atribuição de significado ao conjunto de dados obtidos, estabelecendo relação entre eles e com as proposições enunciadas no quadro teórico subjacente à pesquisa.

Partindo-se da hipótese de trabalho, de cariz essencialmente teórico e nuclear, estabelecida para esta pesquisa, a principal linha orientadora do processo interpretativo baseia-se no pressuposto de que a utilização de tecnologia educativa pelas ESE em atividades de educação para a saúde, enquanto recurso formativo de carácter comunicacional inovador, apresenta impactos qualitativamente positivos para os indivíduos, a comunidade escolar e o contexto social em que se inserem, promovendo o seu empoderamento em questões associadas a ganhos em saúde, por intermédio da mobilização do capital social.

A realização de uma reflexão final relativamente à temática em estudo implica adotar uma prática sistemática, que possibilite contemplar os principais objetivos de investigação, eminentemente enquadrados nas diferentes dimensões temáticas englobadas nas entrevistas e questionário, relacionando-os com as principais asserções emergentes dos processos de análise e interpretação dos dados, por forma a não só evidenciar os principais constructos proporcionados por esta investigação, mas também enunciar os domínios de investigação emergentes que, não tendo sido alvo de uma exploração aprofundada neste momento, se perspetivam como áreas de interesse para pesquisas posteriores.

Considerando a primeira dimensão temática, referente às concepções das ESE sobre a tecnologia educativa e a sua aplicabilidade ao nível da educação para a saúde, tendo por base as entrevistas realizadas aos técnicos de saúde e confrontando os seus discursos com os obtidos nas entrevistas efetuadas aos DCEpS, constatamos existir uma real valorização da tecnologia educativa, sendo este conceito maioritariamente associado à perspetiva de utilização dos recursos tecnológicos que se reporta a um domínio eminentemente mecanicista.

Os conceitos encontravam-se globalmente enquadrados num âmbito mais associado ao conceito de TIC, muito ligado a uma mera utilização destes meios, ferramentas ou instrumentos, para o acesso e transmissão da informação e dinamização da comunicação. Verifica-se, no entanto, algumas perspetivas mais enquadradas no atual conceito de tecnologia educativa, relacionado com os procedimentos de programação do processo formativo utilizando estas tecnologias, que curiosamente são sobretudo abordadas pelos membros das ESE, pois apenas um dos docentes entrevistados refere esta concepção.

Em termos gerais é reconhecida, pelos diferentes entrevistados, a importância da tecnologia educativa como recurso facilitador do acesso e, principalmente, da transmissão da

informação, situação que *per si* não se configura como surpreendente, visto constituir este aspeto um dos elementos-chave das TIC, sendo de destacar a este nível outro facto relevante, o incremento substantivo do acesso permanente a fontes diversas que facultam uma imensa quantidade de informação, convertendo estes recursos técnicos em objetos do quotidiano, quase imprescindíveis na existência atual, sempre ávida de informação e conhecimento.

O posicionamento que estes atores adotam, no que se refere à perceção da tecnologia educativa como recurso de educação para a saúde, parece encontrar-se ancorado na perspetiva que assumem quanto a este conceito, nitidamente relacionada com o imperativo de cada indivíduo assumir de forma plena a responsabilidade relativamente à sua saúde, implicando a capacidade de encarar este papel como um processo de cidadania em qua cada um esteja intimamente implicado, e com a adoção de estilos de vida saudáveis, desmontando definitivamente o mito de que a saúde depende exclusivamente dos técnicos que atuam nesta área, tal como defendido por Vega (2005), devendo ser assumida e exigida como um direito de todos mas também como um dever de cada um promover as condições que lhe permitam estar são e ter uma adequada qualidade de vida.

Estas noções encontram-se subjacentes à perspetiva de integração das TIC como meios facilitadores da mediação dos processos educativos, aspeto amplamente referenciado, considerando o potencial inerente a estes recursos tecnológicos no que se refere ao seu espectro de abrangência, em termos de acessibilidade e apelabilidade, que permite a sua utilização com diferentes públicos-alvo. Este atributo configura-se como um constructo essencial à melhoria da equidade no acesso à informação sobre saúde, podendo contribuir para uma melhor perceção dos conhecimentos facultados, incrementar mudanças de comportamento e a promoção da saúde individual e coletiva.

No que se refere à aplicabilidade da tecnologia educativa na saúde escolar, importa realçar que os entrevistados, nos seus discursos, fazem maioritariamente uma associação entre esta área de intervenção e a educação em saúde, sendo também nitidamente destacado, pelos membros das ESE, o facto da saúde escolar não se limitar ao mero envolvimento dos alunos, mas ter um público-alvo mais abrangente, englobando a própria comunidade educativa, as famílias e, por consequência, o meio social em que estes se inserem numa perspetiva próxima à conceção de King & Eckstein (2006) ou Percy *et al.* (2009). Em termos da inclusão, propriamente dita, das TIC neste âmbito, embora alguns dos atores mencionem aspetos relacionados com o desenvolvimento de competências em saúde, visando estilos de vida saudáveis e a redução dos comportamentos de risco, emerge de novo principalmente a

conceção de índole tecnicista, alicerçada no carácter facilitador destes recursos no acesso e transmissão da informação.

Na caracterização efetuada quanto à forma de integração da tecnologia educativa ao nível da promoção da saúde, embora esta seja encarada por alguns entrevistados como recurso educativo, enquadra-se principalmente no âmbito dos processos educativos, contemplando o seu contributo não só na sistematização das abordagens de carácter formativo, pela possibilidade de serem integradas nas diferentes etapas de preparação das atividades a desenvolver, mas também ao nível da sua eficácia, considerando serem um recurso com um carácter nitidamente atrativo e apelativo, que possibilita a transmissão da informação e a aquisição do conhecimento de modo mais agradável e inovador, influenciando o impacto das intervenções ao nível da educação para a saúde, visando eminentemente a indução de estilos de vida saudáveis.



Figura n.º 25 – Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde

No que concerne à segunda dimensão temática, relacionada com a utilização inovadora da tecnologia educativa pelas ESE em atividades de educação para a saúde, foram contemplados os dados resultantes das entrevistas efetuadas aos técnicos de saúde e aos docentes, comparando as asserções presentes nos respetivos discursos, bem como dos questionários aplicados aos alunos do 9.º ano de escolaridade, para clarificação de alguns aspetos com carácter mais particular.

Em relação às áreas de promoção da saúde, consideradas prioritárias no PNSE (MS-

DGS, 2006, p. 17-18), em que era considerado mais relevante desenvolver intervenções de saúde escolar, verificou-se que tanto os membros das ESE como os DCEpS consideravam, de uma forma geral, todas as áreas importantes, destacando ligeiramente a relacionada com a saúde sexual e reprodutiva, que foi também uma das mais assinaladas pelos alunos, como uma das áreas mais abordadas no decurso de atividades efetuadas neste âmbito, a par da associada às doenças transmissíveis (eminentemente por via sexual). Importa neste caso lembrar as diretrizes estratégicas que, nos últimos anos, têm sido assumidas pelo ME e MS quanto à abordagem da educação sexual em meio escolar, que se podem relacionar a este facto.

Importa no entanto referir que, apesar da perspetiva global apontar para a valoração de todas as áreas de intervenção, alguns técnicos de saúde reportaram-se mais acentuadamente nas suas entrevistas às que se encontram relacionadas com os estilos de vida saudáveis, situação de certa forma discordante com os dados obtidos nos questionários, pois verificamos que os alunos do 9.º ano indicam maioritariamente as áreas associadas à prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco, como sendo aquelas que tinham sido mais abordadas nos últimos três anos letivos, nas intervenções de saúde escolar desenvolvidas.

Foi possível identificar, através das respostas obtidas nos questionários, os principais atores intervenientes nas atividades de promoção da saúde que ocorreram ao nível do contexto educativo, sendo destacada pelos alunos a participação dos enfermeiros, no caso dos técnicos de saúde, e dos professores das disciplinas de Ciências Naturais e Formação Cívica, no caso dos docentes. Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que predominantemente constituem as ESE, as Ciências Naturais uma área onde inerentemente se aborda conteúdos associados à saúde, verificando-se que a maioria dos DCEpS entrevistados são desta área, e a Formação Cívica uma área que visa apoiar o desenvolvimento pessoal e social dos alunos respondendo às suas necessidades em termos de educação para a cidadania, estes resultados assumem um cariz natural, pela oportunidade que estes atores têm de estabelecer comunicação em saúde, bem como pelo reconhecimento e credibilidade que os alunos lhes conferem neste âmbito, asserções também exponenciadas por Duffy & Thorson (2009).

A utilização da tecnologia educativa pelas ESE, nas atividades de educação para a saúde que desenvolvem baseia-se, principalmente, na exploração da vertente audiovisual, associada às TIC, através do recurso a aplicativos desenvolvidos no Microsoft® PowerPoint® e a vídeos, pela expressividade que a associação da imagem e do som facultam na abordagem de temáticas específicas. Estes aspetos, para além de ser amplamente referidos nas entrevistas, são corroborados pelos alunos do 9.º ano, pois todos assinalaram nos questionários a

aplicação de apresentações multimédia, associadas ao Microsoft® PowerPoint® ou outro *software* semelhante, em atividades de saúde escolar que decorrerem nos últimos três anos letivos, a par de um também significativo uso do vídeo, indicado pela maioria destes alunos.

Quanto às vertentes mais relacionadas com a informática e as telecomunicações (Más & Quesada, 2005; Silva, 2000), na primeira são essencialmente os membros das ESE que realçam o cariz interativo destes recursos, associando-o à utilização dos CD-ROM ou DVD, sendo estes recursos pouco destacados pelos alunos, em termos de aplicação nas atividades desenvolvidas. Quanto à segunda vertente, são os DCEpS que eminentemente realçam o acesso à informação, nomeadamente através da Internet, recorrendo a sítios construídos de forma adequada, em termos de conteúdo e linguagem, tendo um cariz educativo ao nível da saúde, aspeto testemunhado pelos alunos, que maioritariamente assinalaram, também, as páginas de Internet como recurso formativo utilizado da saúde escolar.

Ao nível das competências mobilizadas pelas ESE, visando a utilização das TIC nestas intervenções, constata-se que estas se enquadram nos domínios técnico, cognitivo e comunicacional, abordados nas entrevistas tanto pelos técnicos de saúde como pelos docentes. Embora sejam mais destacados elementos associados às competências técnicas, relacionadas com faculdades ao nível do acesso aos recursos tecnológicos e utilização apropriada dos mesmos, e às competências comunicacionais, referentes às capacidades de construção e divulgação de mensagens de forma criativa e inovadora, neste caso temos igualmente que referenciar as competências cognitivas, enunciadas por um número significativo de entrevistados, relativas à operacionalização dos processos de seleção, apreensão e análise da multiplicidade de informação e conteúdos atualmente disponibilizados através destes meios, sendo estes aspetos do âmbito da literacia digital (Pérez & Varis, 2010; Pérez *et al.*, 2010).

No que concerne às transformações que resultam da aplicação da tecnologia educativa, nas intervenções de educação para a saúde implementadas, são sobretudo evidenciadas as mudanças que ocorrem ao nível da elaboração e difusão do conhecimento, sendo realçada uma maior atratividade e estímulo dos alunos relativamente à utilização das TIC neste âmbito, tornando as atividades mais dinâmicas e a apreensão dos conteúdos mais acessível, embora seja assumida pelos DCEpS uma atitude crítica, ao mencionar ser imprescindível que os atores que intervêm neste domínio detenham um conjunto de competências que lhes possibilitem efetuar uma exploração apropriada deste tipo de recursos. É também assumido existir alterações ao nível da obtenção e interpretação da informação existente, emergindo um campo de pesquisa mais vasto e atual, embora requeira um

acompanhamento e supervisão dos agentes formativos, fomentando a discussão e interpretação dos dados obtidos, relacionando-os com os conteúdos abordados.

De forma geral, ao longo das entrevistas, e com uma maior incidência nos discursos dos atores, face às questões efetuadas nesta dimensão temática, surgiram de forma espontânea diversas referências associadas aos processos e políticas institucionais referentes à saúde escolar, aspeto que foi contemplado como uma «dimensão oculta», por não estar previsto no guião previamente elaborado nem ter surgido no decurso dos procedimentos de verificação efetuados. Tendo emergido de modo indutivo, optou-se por explorar estas asserções, não só pela importância que lhes era nitidamente atribuída pelos entrevistados, como pelo facto de permitirem um conhecimento mais amplo do fenómeno em estudo e, consequentemente, contribuírem para o explicitar (Streubert & Carpenter, 1999/2002; Tuckman, 1994/2002).

Foram identificados três níveis, em que se centravam os elementos enunciados pelos atores nas suas entrevistas. O primeiro, de cariz central, engloba domínios associados à área do governo ou respetivos ministérios, sendo destacados pelos membros das ESE as políticas relacionadas com a saúde pública, nomeadamente a recorrente valorização dos cuidados hospitalares, eminentemente de natureza curativa, não verificando existir equidade na distribuição dos recursos entre estes e os vocacionados para a vertente da promoção da saúde. Era igualmente realçado o facto da recente reorganização dos serviços de saúde pública ter motivado uma série de alterações funcionais, em termos das unidades de saúde e funções atribuídas aos técnicos de saúde que as integraram, implicando uma (re)definição de campos de ação, nem sempre consensual, cujas repercussões ainda perduram.

Num segundo nível, de carácter intermédio, inserem domínios relacionados à forma como são (re)interpretadas pela ULS e respetivos ACES os processos e políticas definidas pelo poder central, destacando os atores entrevistados, principalmente, os aspetos associados à distribuição de trabalho e tempo(s) definido(s) para o exercício das diferentes funções, assumindo sentirem limitações para um pleno desempenho das suas atividades, nalguns casos agravadas pelo aumento do parque escolar e da área geográfica de intervenção das ESE. Na regulamentação das atividades, efetuada neste nível de decisão, foram estabelecidas prioridades que, de acordo com alguns dos discursos analisados, atribuem uma maior importância a aspetos de natureza curativa, muitas vezes da responsabilidade de outras unidades que não as UCC, em detrimento das intervenções de saúde escolar, função claramente atribuída às ESE que nestas se integram (MS, 2008).

São mencionados ainda aspetos enquadrados num terceiro nível, de âmbito local,

com destaque para os processos de (inter)ligação entre as escolas e as unidades de saúde, amplamente referenciados pela maioria dos entrevistados, referindo-se ao facto de muitas vezes existir algum distanciamento entre os profissionais da área da educação e da saúde intervenientes nestes processos, agravado por algumas divergências sobre as metodologias e estratégias instituídas, embora alguns indiquem como solução a implementação de parcerias. Um número significativo de membros das ESE lamenta, também o facto de se verificar entre os seus pares, envolvidos noutras atividades, uma postura crítica e de menosprezo quanto às funções que desenvolvem ao nível da saúde escolar, atitude por vezes associada a uma certa indefinição que ainda subsiste no que se refere às funções e papéis dos profissionais de saúde, em resultado da já referida reorganização dos serviços de saúde pública.

Os diferentes aspetos enunciados remetem-nos, enquanto reflexão enquadrada nos processos de utilização da tecnologia educativa e das transformações que destes resultam, para o modelo de aceitação da tecnologia (Davis, 1986; Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989), onde as variáveis externas contingenciais se encontram diretamente associadas com aspetos relacionados com a aceitação, mas substancialmente integradas com a forma como os atores efetivam na realidade a aplicação das TIC.

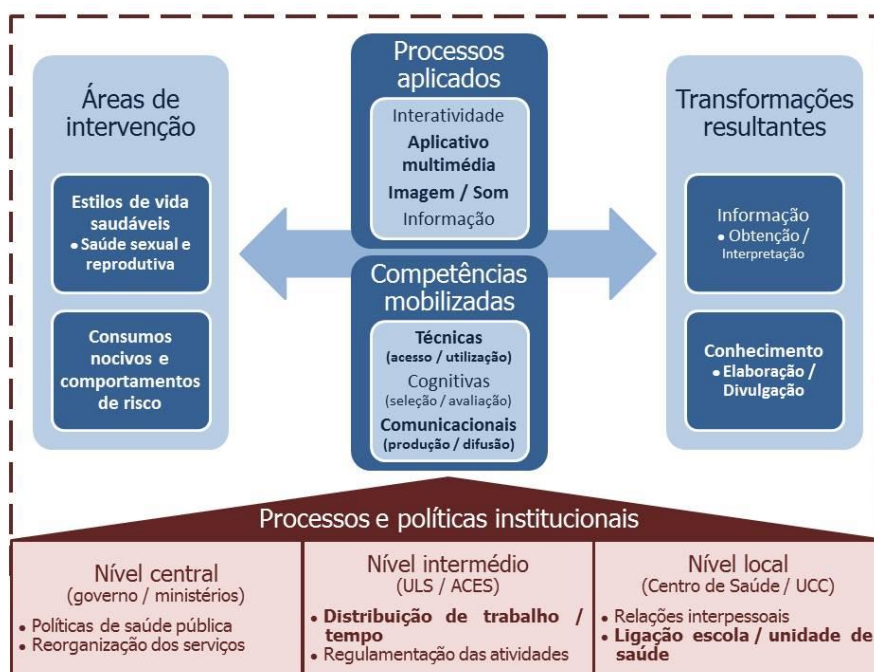


Figura n.º 26 – Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde

A terceira dimensão temática remete-nos para os efeitos da utilização da tecnologia

educativa, mormente no que se refere às potencialidades e constrangimentos desta aplicação, ao nível dos estabelecimentos de ensino e das ESE, e aos impactos resultantes, tanto para os indivíduos como para as instituições envolvidas. Empregando um processo de análise semelhante ao enunciado na dimensão anterior, também neste caso foi considerada a informação obtida através das entrevistas, realizadas aos membros das ESE e aos DCEpS, e dos questionários, aplicados aos alunos do 9.º ano de escolaridade.

O contributo da tecnologia educativa para o incremento da capacitação em saúde, fruto da sua aplicação neste âmbito ao nível da comunidade escolar, reflete-se sobretudo de forma individual nos alunos, principal população-alvo das intervenções de educação para a saúde desenvolvidas, mas também de forma coletiva, em termos das respetivas famílias e comunidade em que se inserem. Sendo impossível dissociar este desenvolvimento de aptidões de carácter individual e coletivo, importa destacar a relevância do aumento da literacia em saúde por parte dos alunos, facultando-lhes uma maior capacidade de análise e reflexão crítica e fundamentada, quanto aos estilos de vida relacionados com a sua saúde, mas também uma influência indireta no meio social onde estes se inserem, tornando-os muitas vezes agentes promotores da saúde junto da família e, conseqüentemente, da própria comunidade.

Sendo óbvia a relação entre a literacia em saúde, no caso deste estudo intimamente relacionada com a literacia digital, e a melhoria das condições de saúde a nível individual e comunitário, contribuído para uma maior capacitação e responsabilização, os meios e as estruturas envolvidos nos processos de difusão da informação e conhecimento sobre saúde, configuram-se como uma rede alargada de influência, envolvimento e partilha de apoio. Os elementos indicados, a par da transposição da ação local da saúde escolar para um domínio de ação coletiva, abarcando o meio social de inserção, através da dinamização de estratégias de participação ativa envolvendo a escola e a comunidade, enunciadas nalgumas entrevistas, constituem asserções englobadas numa perspetiva de capital social e saúde, defendida por Eriksson (2011) e Kawachi, Subramanian & Kim (2008b), onde a promoção da saúde se enquadra como área estratégica de desenvolvimento.

A avaliação dos resultados obtidos, considerando as intervenções de educação para a saúde desenvolvidas com recurso à tecnologia educativa, é nitidamente assumida como um procedimento complexo, pois envolvendo basicamente mudanças de cariz comportamental estas não ocorrem imediatamente, resultando de um processo de maturação e não de uma atividade isolada, sendo os seus efeitos normalmente evidentes apenas após espaços temporais mais ou menos longos. Outro aspeto, enunciado pela maioria dos entrevistados, que dificulta

esta avaliação, encontra-se relacionado com o facto de não se encontrarem sistematizadas estratégias de avaliação, conferindo aos instrumentos utilizados neste âmbito um carácter algo subjetivo e uma valoração reduzida, embora curiosamente seja referida a perceção individual ao *feedback* obtido, como uma das formas de apreciação da eficácia destas ações.

No entanto, a adequação da aplicação das TIC nos processos instituídos relativamente à educação para a saúde, desenvolvida em meio escolar, constitui um dos aspetos expressos nas entrevistas, principalmente pelos DCEpS, destacando o contributo e o impacto dos recursos tecnológicos de cariz audiovisual na transmissão das mensagens e conhecimentos sobre saúde, induzindo uma maior participação e motivação dos alunos, pelo facto de permitirem uma abordagem mais específica e explícita das temáticas, nomeadamente através da visualização de imagens alusivas aos conteúdos, realçando concretamente o seu papel no tratamento de elementos mais concretos e sensíveis, como aqueles que são trabalhados ao nível da educação sexual.

Um elemento inequívoco, que sustenta a relevância e eficácia da aplicação da tecnologia educativa nas atividades implementadas no âmbito da saúde escolar, emerge da apreciação efetuada pelos alunos do 9.º ano de escolaridade, obtida através do preenchimento no questionário de uma escala de tipo Likert, onde assumem uma conceção com contornos extremamente positivos quanto a esta situação. Em qualquer das doze questões efetuadas constata-se existir uma opinião nitidamente favorável, quanto à relevância do emprego das TIC neste âmbito, constituindo este um dado de avaliação efetivo e concreto oriundo da principal população-alvo deste tipo de intervenções, fomentando estes recursos um contributo para o desenvolvimento das suas capacitações nesta área, fomentando a possibilidade de melhoria dos respetivos comportamentos em saúde e, por inerência, na sua qualidade de vida.

As alterações que a aplicação da tecnologia educativa vem induzindo neste campo de atuação influenciam a forma como presentemente se (re)define o papel das ESE, implicando a adoção pelos técnicos de saúde de uma postura proativa que lhes permita melhorar a sua perceção do contexto de intervenção, compreendendo as características e expectativas da população-alvo, a fim de organizar as intervenções de forma mais apropriada, empregando as TIC como elemento facilitador da interação. Envolve também o desenvolvimento de aptidões que permitam a sua utilização adequada, não só técnicas como comunicacionais, perscrutando possibilidades de inovação e criatividade que permitam melhorar a difusão da informação e do conhecimento sobre saúde, reforçando a aceitação e credibilidade destes atores no seio da comunidade escolar, encontrando-se de novo presentes nestas asserções aspetos intimamente

associados ao conceito de literacia digital, conjugado na perspetiva de Pérez & Varis (2010) e ainda na de literacia em saúde de Osborne (2011).

Como é normal, na aplicação da tecnologia educativa ao nível da saúde escolar são reconhecidas diversas potencialidades e constrangimentos, sendo principalmente destacadas vantagens relativamente aos processos educativos e aos alunos. No primeiro caso é nitidamente realçado o interesse e motivação que é possível incrementar através da utilização das TIC, pelo facto de serem recursos apelativos e com que o público-alvo deste tipo de intervenções se encontra identificado, possibilitando uma melhor apreensão e consolidação dos conhecimentos sobre saúde facultados, sendo também de considerar um elemento transversal, quando são referenciados estes recursos tecnológicos, a facilidade oferecida no acesso e seleção de informação múltipla, que poderá ser alvo de análise e reflexão, contribuindo para a consolidação dos processos de formação desenvolvidos.

Em relação ao segundo caso, importa destacar a maior facilidade de aquisição de conhecimentos, face à apetência que os alunos têm atualmente para a utilização das TIC a que se associa o facto de estas ampliarem o campo de pesquisa, permitindo aprofundar e explicitar os conteúdos ou temas abordados. Claramente relacionado com este aspeto deve-se, impreterivelmente, considerar a atratividade que este tipo de recursos, de cariz tecnológico, suscita neste tipo de população-alvo, facilitando a interpretação de elementos de índole mais abstrata, nomeadamente através de meios audiovisuais, integrando o binómio imagem / som, contribuindo esta linguagem visual na atualidade para melhorar a compreensão e o impacto das mensagens transmitidas, influenciando a nossa perceção e comportamento relativamente às situações que vivenciamos e ao contexto em que ocorrem (Azinian, 2009).

Em relação aos constrangimentos identificados, estes encontram-se principalmente associados aos educadores e às instituições envolvidas nestes processos. As aptidões restritas dos membros das ESE para a utilização das TIC, enquanto agentes formativos, é um facto assumido por vários técnicos de saúde e corroborado pela maioria dos DCEpS, constituindo uma evidente limitação no que se refere à aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar, impedindo uma exploração adequada e efetiva dos múltiplos recursos formativos atualmente disponíveis, neste âmbito, não só pela incapacidade de os empregar como, também, pelo desconhecimento da sua existência ou das potencialidades que se lhes encontram inerentes, facto que não tem vindo a ser colmatado através de atividades de atualização, nesta área.

No que respeita às limitações de cariz institucional estas referem-se, sobretudo, ao défice de equipamento informático facultado às ESE, aspeto assaz ilustrado nos discursos dos

técnicos de saúde, facto que impede uma maior aplicação das TIC nas intervenções de educação para a saúde desenvolvidas, implicando a utilização de recursos pessoais ou a solicitação a outras organizações, por empréstimo, face a ausência ou desatualização deste tipo de meios, numa clara ancoragem ao modelo de aceitação da tecnologia, sendo neste caso as contingências organizacionais ultrapassadas pela motivação de utilização. Esta situação é agravada pelo escasso apoio técnico especializado disponibilizado nesta área, tanto por parte da ULS como das escolas, impedindo a construção de materiais educativos mais elaborados e, mesmo, o emprego deste tipo de tecnologias, quando surge qualquer problema relacionado com o funcionamento dos equipamentos, que os atores no terreno não têm competência para solucionar, aspeto já destacado por Barron *et al.* (2002).

Perante os resultados obtidos impõe-se efetuar uma reflexão de natureza prospetiva, elencando as condições que poderão contribuir para a consolidação e expansão da utilização da tecnologia educativa na saúde escolar, surgindo inevitavelmente a necessidade de formação e atualização dos profissionais que intervêm neste âmbito, principalmente no que respeita à utilização das TIC, possibilitando a aquisição progressiva das competências que permitam acompanhar o permanente desenvolvimento tecnológico que atualmente se verifica, correspondendo às expectativas do público-alvo das intervenções implementadas nesta área, inclusivamente no que se refere às estratégias comunicacionais.

Seria igualmente imprescindível que fossem estabelecidas medidas visando a dotação das ESE com os recursos necessários, sobretudo de cariz material, onde se englobam não só equipamentos como computadores e projetores como meios auxiliares de ensino, mais concretamente *software* educativo direcionado à saúde escolar, permitindo uniformizar a informação facultada e sistematizar a abordagem de áreas estabelecidas como primordiais, em termos de políticas educativas e de saúde. Importa ainda destacar a expressão de uma necessidade de reconfiguração da forma como são valorizadas e organizadas as funções, ao nível da saúde escolar, que assume uma expressão mais efetiva relativamente ao tempo disponibilizado para a programação e execução das intervenções de educação para a saúde, no seio da comunidade educativa, face à diversidade de atividades que os membros das ESE têm que desenvolver nas UCC e ao sentimento de desvalorização dos cuidados de saúde primários, onde se integram as áreas relacionadas com a promoção da saúde.

A criação das condições propícias para tornar mais consistentes e amplas as atividades de saúde escolar desenvolvidas, nomeadamente com o recurso à tecnologia educativa, consubstancia-se quando enquadrados nesta visão prospetiva se verifica que mais

de metade dos alunos do 9.º ano de escolaridade identificam duas áreas de promoção da saúde, entre as definidas como prioritárias no PNSE, que gostariam de ver abordadas neste tipo de intervenções, com a utilização das TIC, nomeadamente as relacionadas com a saúde mental e a atividade física, sendo ainda de destacar que a maioria das restantes áreas foram também assinaladas por mais de 40,0% dos alunos inquiridos.

A apetência que este tipo de público-alvo assume, relativamente a este tipo de recursos constitui, indubitavelmente, um elemento a considerar no que se refere ao reforço da aplicação da tecnologia educativa nas intervenções de saúde escolar, principalmente quando de novo se constata que mais de metade destes alunos assinalam diversas TIC que gostariam de ver futuramente utilizadas neste âmbito, nomeadamente o vídeo, o diaporama, a apresentação multimédia e o CD-ROM / DVD interativo, sendo igualmente a página de Internet indicada por mais de 45,0% dos alunos a que foi aplicado o questionário.

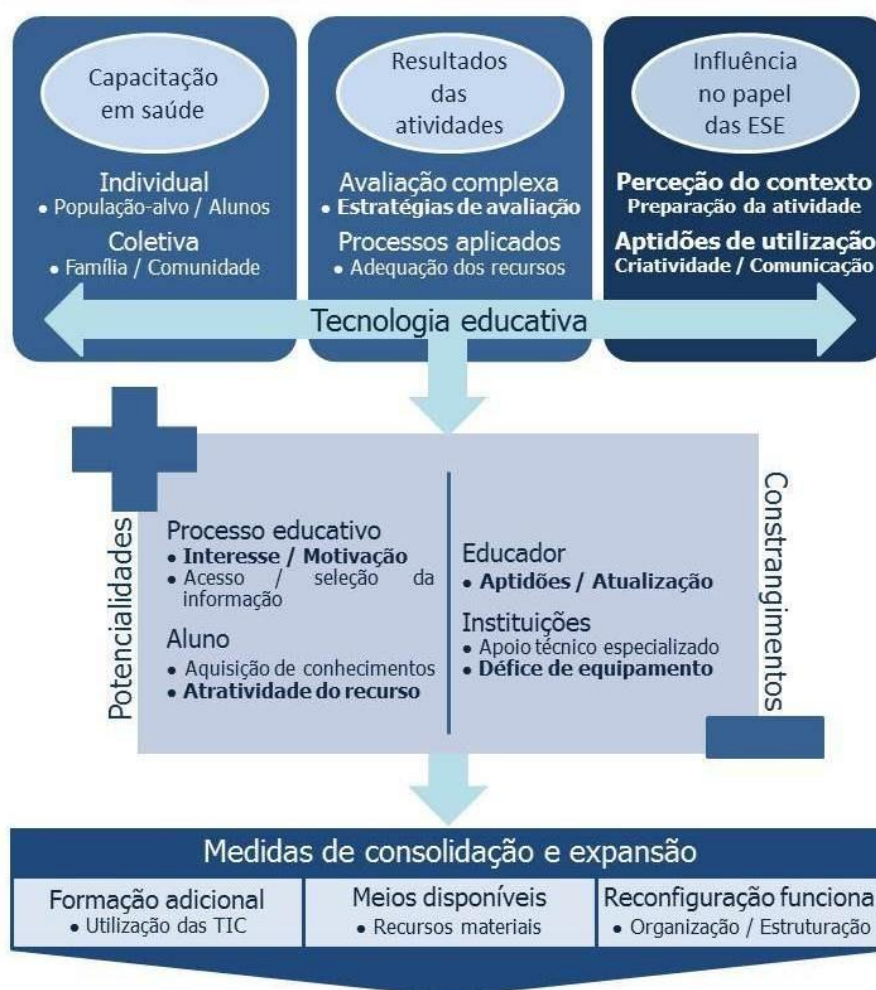


Figura n.º 27 – Consequências da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde

Após serem enunciados os principais constructos resultantes da pesquisa efetuada, tendo em consideração os objetivos e a hipótese nuclear, previamente estabelecidos, constata-se a valorização que é atribuída pelos atores participantes neste estudo à tecnologia educativa, enquanto recurso formativo com plena aplicabilidade nas intervenções de educação para a saúde, desenvolvidas na comunidade escolar pelas ESE. Apesar das dificuldades identificadas é nítida a disponibilidade evidenciada para incrementar e melhorar a utilização das TIC neste âmbito, considerando o seu potencial de fomentar o empoderamento em saúde não só a nível individual, relativamente aos alunos, mas também coletivo, abrangendo toda a comunidade educativa e o meio social em que esta se insere, contribuindo para a construção de dinâmicas promotoras da saúde e de condições de existência mais saudáveis.

Sendo evidente que o processo de integração das TIC na atividades de promoção da saúde efetuadas em contexto educativo, apesar dos constrangimentos que possam atualmente ou no futuro vir a existir, continuará progressivamente a decorrer, como globalmente se tem verificado nas mais diversas áreas sociais, no entanto, considerando a saúde escolar, *per si*, parece ser evidente que a combinação de múltiplos fatores conjunturais, que vêm emergindo paulatinamente, poderá colocar em risco a continuidade e a sustentabilidade das intervenções desenvolvidas neste campo de ação, preocupação incisiva que surge transversalmente de forma espontânea e algo emotiva na grande maioria das entrevistas efetuadas.

A expressão de situações, pelos atores que atuam no terreno, que restringem ou, mesmo, impedem o desenvolvimento de atividades de saúde escolar, relacionadas com as constantes reduções orçamentais, nitidamente sentidas nas áreas da educação e da saúde, a forma como é efetuada a priorização das funções dos técnicos de saúde que atuam neste âmbito, desvalorizando as intervenções de promoção da saúde, a extinção da área disciplinar de Formação Cívica no currículo do 3.º ciclo do ensino básico, onde eram muitas vezes abordadas as temáticas relacionadas com a saúde. Estes são exemplos claros desta apreensão, factos que durante as entrevistas e subsequente análise fizeram por vezes refletir sobre a possibilidade de, ao mesmo tempo que se estudava esta problemática, poder-se estar a assistir à *crónica de uma morte anunciada*⁹⁸ ou ao réquiem pela saúde escolar.

No decurso da realização deste trabalho, tanto pelo avolumar de dados recolhidos como nas conversações de carácter informal que se estabeleciam com os atores intervenientes, foram emergindo diversas perspetivas relativamente à tríade de conceitos basilares à pesquisa efetuada, tecnologia educativa, educação para a saúde e saúde escolar, que poderão

⁹⁸ De forma figurativa foi utilizado o título da obra de Gabriel García Márquez.

eventualmente constituir um campo de pesquisa a desenvolver futuramente. Em termos gerais, poderia ser interessante replicar esta pesquisa num outro contexto ou numa população mais vasta, possibilitando a realização de uma análise comparativa dos dados obtidos. Considerando os diferentes “grupos” de atores intervenientes neste estudo, existem aspetos de cariz mais particular que se configuram de interesse investigativo.

No que se refere aos técnicos de saúde que integram as ESE seria interessante aprofundar o conhecimento sobre a forma como concebem e aplicam as TIC na educação para a saúde, identificando as estratégias que mobilizam face aos constrangimentos com que se deparam. Relativamente aos DCEpS contempla-se a pertinência de identificar a forma como integram e desenvolvem, na sua prática quotidiana, as funções inerentes à gestão e operacionalização da saúde escolar, face à progressiva transferência de algumas competências neste âmbito da área da saúde para a da educação. Quanto aos alunos, enquanto elementos centrais nestes processos, a quem estão direcionados, perspetiva-se a relevância de estabelecer instrumentos que permitam reconhecer, de forma efetiva, os ganhos em saúde que resultam da aplicação das TIC nas intervenções de saúde escolar.

Por fim, ou talvez reiniciando, porque o conhecimento é hoje uma rede virtuosa, onde educação, tecnologia e saúde se cruzam não só em autoestradas virtuais, ricas em fontes de informação e processos de comunicação, mas também nos quotidianos de todos nós, ficam os contributos desta tese enquanto componente de um processo investigativo que nos parece merecer continuidade.

Bibliografia

Bibliografia citada

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da saúde nos países industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- 1.st Conference of the European Network of Health Promoting Schools (1997). *Conference report: The health promoting school – an investment in education, health and democracy*. Thessaloniki-Halkidiki: 1.st Conference of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/TheHPSaninvestmentineducationhealthanddemocracy.pdf
- 2.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (1988). *Declaração de Adelaide: Promoção da saúde e políticas públicas saudáveis*. Adelaide: 2.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm
- 3.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (1991). *Declaração de Sundsvall: Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde*. Sundsvall: 3.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm
- 3.rd European Conference on Health Promoting Schools (2009). *Vilnius resolution: Better schools through health*. Vilnius: 3.rd European Conference on Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Vilnius_resolution.pdf
- 4.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (1997). *Declaração de Jacarta: Promoção da saúde no século XXI*. Jacarta: 4.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jakarta.htm
- 5.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (2000). *Declaração do*

- México: *Promoção da saúde: rumo a maior equidade*. Cidade do México: 5.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Mexico.htm
- 6.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde [CISPS] (2005). *Carta de Bangucoque: Promoção da saúde num mundo globalizado*. Bangucoque: 6.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm
- Adell, J. (1997, Novembro). Tendencias en educación en la sociedad de las tecnologías de la información. *Edutec: Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 7. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://www.uib.es/depart/gte/edutec-e/revelec7/revelec7.html>
- Afonso, C. (1993). *Professores e computadores*. Porto: Edições ASA.
- Alava, S. (2000, Fevereiro). Información, saber y ciberespacio: Un desafío para la autoformación. *Edutec – Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 11. em 26 de Março de 2009 em <http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec11/ALAVA.pdf>
- Almeida, J. (2003). Contextos, regularidades e aprendizagens sustentáveis. In Quintanilha, A., Costa, A., Fortuna, C., Sampaio, D., Grilo, E., Velho, G. et al., *Cruzamento de saberes aprendizagens sustentáveis* (pp. 195-206). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2.^a edição). Braga: Psiquilíbrios.
- Álvarez, R. (1990). *Tecnología educativa en salud*. San José: PASCAP – Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá.
- Amaro, F. (2001). Saúde, doença e sociedade. Carmo, H. (coord.), *Problemas sociais contemporâneos* (225-238). Lisboa: Universidade Aberta.
- American Psychological Association (2001). *Manual de publicação da American Psychological Association* (4.^a edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Amiel, T. & Reeves, T. (2008). Design-based research and educational technology: Rethinking technology and the research agenda. *Educational Technology & Society*, 11 (4), 29-40.
- Aquino, J. (2000). As teorias da acção social de Coleman e Bourdieu. *Humanidades e Ciências Sociais*, 2 (2), 17-29.
- Araújo, F., Gubert, F., Scopacasa, L., Pinheiro, P., Vieira, N. & Araújo, T. (2012, Agosto).

- Educational technology for promotion of the sexual health in the adolescence: What the educators say? *Journal of Nursing UFPE On Line*, 6 (8), 1887-1892. Acedido em 3 de Outubro de 2012 em http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2674/pdf_1378
- Arco, A. (2009). Tecnologias da informação e da comunicação na educação em saúde: O caso da formação em enfermagem. *RELATEC: Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 8 (1), 105-125. Acedido em 12 de Junho de 2010 em [http://campusvirtual.unex.es/cala/editio/index.php?journal=relatec&page=article&op=view&path\[\]=467&path\[\]=387](http://campusvirtual.unex.es/cala/editio/index.php?journal=relatec&page=article&op=view&path[]=467&path[]=387)
- Arco, A. & Arriaga, M. (2010, Abril-Junho). De porta aberta... Gabinete de Produção de Materiais Pedagógicos. *Portal: Boletim Trimestral do Instituto Politécnico de Portalegre*, 86 (10), 9.
- Area, M. (2009). *Introducción a la tecnología educativa*. San Cristóbal de La Laguna: Universidad de La Laguna. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://webpages.ull.es/users/manarea/ebookte.pdf>
- Assembleia da República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 – Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098.
- Azinian, H. (2009). *Las tecnologías de la información y la comunicación en las prácticas pedagógicas: Manual para organizar proyectos*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B., Paulus, P., Rivett, D. *et al.* (2006). *Health-promoting schools: A resource for developing indicators*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/Healthpromotingschoolsaresourcefordevelopingindicators.pdf>
- Baron, G. & Dané, E. (2009). Technologies éducatives et francophonie: Un champ de recherches pluriel. In Depover, C. (dir.), *La recherche en technologie éducative: Un guide pour découvrir un domaine en émergence* (pp. 25-33). Paris: Éditions des Archives Contemporaines – Agence Universitaire de la Francophonie.
- Barron, A., Orwig, G., Ivers, K. & Lilavois, N. (2002). *Technologies for education: A practical guide* (4.ª edição). Greenwood Village: Libraries Unlimited.

- Barroso, J. & Llorente, M. (2007). La alfabetización tecnológica. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 91-104). Madrid: McGraw-Hill.
- Belando, M. & López, E. (2003). Una propuesta para la mejora de la intervención socioeducativa del educador social a través de los recursos telemáticos aplicados al ámbito de la educación para la salud. *RELATEC: Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 2 (1), 51-71. Acedido em 26 de Março de 2010 em [http://campusvirtual.unex.es/cal/editio/index.php?journal=relatec&page=article&op=viewFile&path\[\]=13&path\[\]=10](http://campusvirtual.unex.es/cal/editio/index.php?journal=relatec&page=article&op=viewFile&path[]=13&path[]=10)
- Bergsma, L. & Carney, M. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review. *Health Education Research*, 23 (3), 522-542. Acedido em 8 de Março de 2011 em <http://her.oxfordjournals.org/content/23/3/522.full.pdf+html>
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação* (M. Alvarez, S. Santos & T. Baptista, trads.). Porto: Porto Editora. (Original publicado em 1991)
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In Richardson, J. (ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York: Greenwood.
- Bourdon, M. (2010, Fevereiro). Médias et santé: Un partenariat à favoriser. *L'UQAM – Le Journal de l'Université du Québec à Montréal*, 36 (10), 9. Acedido em 15 de Fevereiro de 2011 em <http://www.journal.uqam.ca/archives/2009-2010/3610.pdf>
- Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2007). *Éducation à la santé en milieu scolaire: Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis Cedex: INPES – Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.
- Burgher, M., Rasmussen, V. & Rivett, D. (1999). *The European network of health promoting schools: The alliance of education and health*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://test.cp.euro.who.int/document/e62361.pdf>
- Cabero, J. (2007a). Tecnología educativa: Su evolución histórica y su conceptualización. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 13-27). Madrid: McGraw-Hill.
- Cabero, J. (coord.) (2007b). *Tecnología educativa*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cabero, J. (1996, Fevereiro). Nuevas Tecnologías, Comunicación y Educación. *Eduotec – Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 1. Acedido em 8 de Março de 2009 em

<http://www.uib.es/depart/gte/revelec1.html>

Cabero, J., Duarte, A. & Barroso, J. (1997, Novembro). La piedra angular para la incorporación de los medios audiovisuales, informáticas y nuevas tecnologías en los contextos educativos: La formación y el perfeccionamiento del profesorado. *Eduotec – Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 8. Acedido em 8 de Março de 2009 em <http://www.uib.es/depart/gte/revelec8.html>

Calado, I. (1994). *A utilização educativa das imagens*. Porto: Porto Editora.

Campion, B. (2008, Julho). Usage de la peur et médias de prévention: Quelques repères méthodologiques. *Education Santé*, 236. Acedido em 23 de Fevereiro de 2011 em <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1035>

Canário, R. (2003a). A “aprendizagem ao longo da vida”: Análise crítica de um conceito e de uma política. In Canário, R. (org.), *Formação e situações de trabalho* (2.^a edição) (pp. 189- 207). Porto: Porto Editora.

Canário, R. (org.) (2003b). *Formação e situações de trabalho* (2.^a edição). Porto: Porto Editora.

Cardoso, G., Espanha, R. & Lapa, T. (2007). *E-Generation: Os usos de media pelas crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em 8 de Novembro de 2010 em <http://cies.iscte.pt/destaques/documents/E-Generation.pdf>

Cardoso, G., Espanha, R. & Puga, P. (2007). *Profissionais de saúde na era da informação: Médicos, enfermeiros e farmacêuticos*. Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em 8 de Novembro de 2010 em <http://sei.iscte.pt/docs/profissionais.pdf>

Cardoso, G., Espanha, R., Mendes, R. & Cameira, E. (2007). *Instituições de saúde e tecnologias de informação: Mudança organizacional e autonomia*. Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em 8 de Novembro de 2010 em <http://sei.iscte.pt/docs/instituicoes.pdf>

Carey, M. (2007). O efeito do grupo nos grupos de foco: Planear, implementar e interpretar a investigação com grupos de foco. In Morse, J. (ed.), *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (A. Espada, trad.) (pp. 224-239). Coimbra: Formasau. (Original publicado em 1994)

- Carmo, H. (2001). A educação como problema social. In Carmo, H. (coord.), *Problemas sociais contemporâneos* (239-269). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carré, P., Clénet, J., d'Halluin, C. & Poisson, D. (2001). Engenharia pedagógica e formações abertas (P. Seixas, trad.). In Carré, P. & Caspar, P. (dir.), *Tratado das ciências e das técnicas da formação* (pp. 399-422). Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1999)
- Carvalho, A. (org.) (1995). *Novas metodologias em educação*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Castells, M. (2007). *O fim do milénio* (2.^a edição) (A. Figueiredo & R. Espanha, trans.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1998)
- Castells, M. (2002). *A sociedade em rede* (A. Lemos, C. Lorga & T. Soares, trans.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1996)
- Castells, M. (2001). Les incidences sociales des technologies de l'information et de la communication. In Kazancigil, A & Makinson, D. (dir.), *Les sciences sociales dans le monde* (R. Tallaron, M. Swyer & M. Laroche, trans.) (pp. 270-280). Paris : UNESCO / Maison des Sciences de l'Homme. (Original publicado em 1999)
- Cavalcante, M. & Vasconcellos, M. (2007). Tecnologia de informação para a educação na saúde: Duas revisões e uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (3), 611-622.
- Cebreiro, B. (2007). Las nuevas tecnologías como instrumentos didácticos. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 159-172). Madrid: McGraw-Hill.
- Centre de Ressources du CRAES-CRIPS Aquitaine (2010, Março). *Adolescents, numérique et éducation pour la santé: Bibliographie sélective – ouvrages, articles, sites, guides et outils*. Aquitaine – Gironde: CRAES-CRIPS Aquitaine. Acedido em 22 de Março de 2011 em http://www.educationsante-aquitaine.fr/pub/prod_doc/76_bibliographie_complte.pdf
- Chevrier, J. (2003). A especificação da problemática. In Gauthier, B. (dir.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.^a edição) (N. Salgueiro & R. Salgueiro, trans.) (pp. 65-95). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000)
- Clark, R. & Salomon, G. (1986). Media in Teaching. In Wittrock, M. (ed.), *Handbook of*

- Research on Teaching* (pp. 464-478). New York: MacMillan.
- Clift, S., Jensen, B. & Paulus, P. (2005). Introduction. In Clift, S. & Jensen, B. (eds.), *The health promotion school: International advances in theory, evaluation and practice* (pp. 9-20). Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Coleman, J. (1994). A rational choice perspective on economic sociology. In Smelser, N. & Swedberg, R. (eds.), *The handbook of economic sociology* (pp. 167-179). New Jersey: Princeton University Press.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, 94 (Supplement), S95-S120.
- Comissão das Comunidades Europeias [CCE] (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*. Bruxelas, SEC. Acedido a 25 de Junho de 2010 em <http://www.alv.gov.pt/dl/memopt.pdf>
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários [CISCSP] (1978). *Declaração do Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 15 de Outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [CISNS] (2003). *Formación en promoción y educación para la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Corcoran, N. (2007). Information technology in health communication. In Corcoran, N. (ed.), *Communicating health: Strategies for health promotion* (96-116). London: Sage Publications.
- Correia, J. (1996). *Sociologia da educação tecnológica: Transformações do trabalho e da formação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Correia, J. (1998). *Para uma teoria crítica em educação: Contributos para uma recientificação do campo educativo*. Porto: Porto Editora.
- Costa, A. (1999). A pesquisa de terreno em sociologia. In Silva, A. & Pinto, J. (orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (10.^a edição) (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, M. & López, E. (2008). *Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Costante, C. (2005). Future challenges for school health services and the law: A manager's perspective. In Schwab, N. & Gelfman, M. (eds.), *Legal issues in school health services: A resource for school administrators, school attorneys, school nurses* (pp. 489-507). Lincoln: iUniverse.
- Cuban, L. (2001a). *Oversold and underused: Computers in the classroom*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cuban, L. (2001b). Why are most teachers infrequent and restrained users of computers in their classrooms? In Woodward, J. & Cuban, L. (eds.), *Technology, curriculum, and professional development: Adapting schools to meet the needs of students with disabilities* (pp. 121-137). Thousand Oaks: Corwin Press.
- Cuban, L. (1986). *Teachers and machines: The classroom use of technology since 1920*. New York: Teachers College Press.
- Damásio, M. (2007). *Tecnologia e educação: As tecnologias da informação e da comunicação e o processo educativo*. Lisboa: Nova Veja.
- Damásio, M. (2001). *Práticas educativas e os novos media: Contributos para o desenvolvimento de um novo modelo de literacia*. Coimbra: Edições MinervaCoimbra.
- Davis, F. (1986). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results*. Ph.D. in Management, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge. Acedido em 28 de Dezembro de 2012 em <http://hdl.handle.net/1721.1/15192>
- Davis, F., Bagozzi, R. & Warshaw, P. (1989, Agosto). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35 (8), 982-1003. Acedido em 28 de Dezembro de 2012 em <http://home.business.utah.edu/actme/7410/DavisBagozzi.pdf>
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds.) (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Depover, C. (dir.) (2009). *La recherche en technologie éducative: Un guide pour découvrir un domaine en émergence*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines – Agence Universitaire de la Francophonie.
- Dinarés, C. (2006). *Comunicar.com saúde: Análise da comunicação expressa nos folhetos de*

- informação aos diabéticos*. Dissertação de Mestrado, 5.º Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.
- Duffy, M. & Thorson, E. (2009). Emerging trends in the new media landscape. In Parker, J. & Thorson, E. (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 93-116). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Dupuis, P. (2010, Setembro). Les médias sociaux, une opportunité pour les organismes de santé? *Education Santé*, 259. Acedido em 23 de Fevereiro de 2011 em <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1290>
- Dutta, M. (2009). Health communication: Trends and future directions. In Parker, J. & Thorson, E. (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 59-92). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4, 5611. Acedido em 29 de Outubro de 2011 em <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5611/7006>
- Espanha, R. (2009). *Saúde e comunicação numa sociedade em rede: O caso português*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições.
- Espanha, R. (2008). A saúde na sociedade de informação. In Martins, M. & Pinto, M. (orgs.), *Comunicação e cidadania: Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação* (pp. 2063-2090). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade – Universidade do Minho. Acedido a 12 de Dezembro de 2010 em <http://lasics.uminho.pt/ojs/index.php/5sopcom/article/viewFile/184/180>
- Espanha, R., Cardoso, G. & Araújo, V. (2007). *Utentes e saúde na era da informação: Internet, telemóveis e media*. Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em 8 de Novembro de 2010 em <http://sei.iscte.pt/docs/utentes.pdf>
- Espanha, R., Cardoso, G. & Neto, P. (2007). *Conteúdos de saúde on-line: Google, www e blogues*. Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido em 8 de Novembro de 2010 em <http://sei.iscte.pt/docs/conteudos.pdf>
- Fernandes, S. (2002). A evolução do conceito de promoção da saúde. *EU Masters in Health Promotion*. Acedido a 25 de Novembro de 2009 em 193.136.116.5/.../prosaude/...

health%20promotion%20a%20Sérgio%20Miguel%20Fernandes.doc

- Figueira, E. (2006). Desenvolvimento local: O binómio comunidade/território como Fundação de uma estratégia de desenvolvimento de base local. In Ramos, F. & Marujo, M. (coords.), *Actas das Jornadas do Departamento de Sociologia (VII Edição)* (pp. 89-104). Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora / Centros de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”.
- Figueira, E. & Garcia, A. (2002). Desarrollo local y educación de adultos en el Alentejo. *Diálogos*, 31-32 (3), 9-16.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (A. Parreira, trad.). Lisboa: Monitor – Projectos e Edições. (Original publicado em 2002)
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários* (L. Campos, trad.). Oeiras: Celta Editora. (Original publicado em 1993)
- Fontana, A. & Frey, J. (2005). The interview: From neutral stance to political involvement. In Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3.^a edição) (pp. 695-728). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, trad.). Loures: Lusodidacta. (Original publicado em 2006)
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (N. Salgueiro, trad.). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)
- Fujiwara, T. & Kawachi, I. (2008). Social capital and health: A study of adult twins in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (2), 139-144.
- Ganilho, F. (2006). A organização de saúde no contexto do desenvolvimento ambiental sustentável. In Ramos, F. & Marujo, M. (coords.), *Actas das Jornadas do Departamento de Sociologia (VII Edição)* (pp. 105-120). Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora / Centros de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (2.^a edição) (M. Figueiredo, C. Silva & V. Gil, trads.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1997)
- Gil, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos: Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.

- Gilbert, G., Sawyer, R. & McNeill, E. (2011). *Health education: Creating strategies for school and community health* (3.^a edição). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Gisbert, M. & Cabero, J. (2007). El papel del profesor y el estudiante en los entornos tecnológicos de formación. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 263-280). Madrid: McGraw-Hill.
- Glanz, K. (1999). Teoria num relance: Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L., Matos, M. & Loureiro, I. (eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gold Jr., W. (1997). Facilitating the adoption of new technology for health promotion in health care organizations. In Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.), *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions* (pp. 209-220). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gomes, J. (2002). Evolução histórica e conceito da promoção da saúde: Uma reflexão em português. *EU Masters in Health Promotion*. Acedido a 25 de Novembro de 2009 em 193.136.116.5/.../prosaude/.../health%20promotion%20a%20jose%20carlos.doc
- Gómez, M. (1999, Junho). Paulo Freire: Re-leitura para uma teoria da informática na educação. *Contato: Revista Brasileira de Comunicação, Arte e Educação*, 1 (3), 15-26.
- González, M. (2007a). Definición y clasificación de los medios de enseñanza. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 48-65). Madrid: McGraw-Hill.
- González, M. (2007b). Las TIC como factor de innovación y mejora de la calidad de la enseñanza. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 219-232). Madrid: McGraw-Hill.
- Grawitz, M. (1984). *Méthodes des sciences sociales* (6.^a edição). Paris: Dalloz.
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health promotion: Planning and strategies* (2.^a edição). London: Sage Publications.
- Gubert, F., Santos, A., Aragão, K., Pereira, D., Vieira, N. & Pinheiro, P. (2009). Tecnologias educativas no contexto escolar: Estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (1), 165-172. Acedido em 10 de Janeiro de 2011 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf>

- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.
- Guimarães, E. & Sena, R. (2002, Junho). *Tendências da educação em enfermagem: Reflexão sobre a formação de recursos humanos de enfermagem usando metodologias não convencionais*. 2.º Seminário Internacional de Tecnologias para EAD, Uberlândia, Minas Gerais. Acedido a 14 de Fevereiro de 2005 em http://www.ead.ufu.br/tecead_II/anais/pdfs/empguimaraes.pdf
- Gurak, L. & Hudson, B. (2006). E-health: Beyond Internet searches. In Murero, M. & Rice, R. (eds.), *The Internet and health care: Theory, research and practice* (pp. 29-46). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hackbarth, S. (1996). *The educational technology handbook: A comprehensive guide – Process and products for learning*. Englewood Cliffs: Educational Technology Publications.
- Hagglund, K., Shigaki, C. & McCall, J. (2009). New media: The third force in health care. In Parker, J. & Thorson, E. (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 417-436). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Haider, M., Ratzan, S. & Meltzer, W. (2009). International innovations in health communication. In Parker, J. & Thorson, E. (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 373-394). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Hammerschmidt, K. & Lenardt, M. (2010, Abril-Junho). Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com Diabetes Mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19 (2), 358-365.
- Hargreaves, A. (2003). *Teaching in the knowledge society: Education in the age of insecurity*. New York: Teachers College Press.
- Health Evidence Network [HEN] (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's. Acedido em 15 de Maio de 2009 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf
- Heidmann, I., Almeida, M., Eggert, A., Wosny, A. & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: Trajectória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (2), 352-358.

- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Holden, R. & Karsh, B. (2010, Fevereiro). The technology acceptance model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43 (1), 159-172. Acedido em 28 de Dezembro de 2012 em http://ac.els-cdn.com/S1532046409000963/1-s2.0-S1532046409000963-main.pdf?_tid=dd0d6eea-52b2-11e2-84b6-00000aab0f6c&acdnat=1356894074_a5577bdd1f4f842bc42bb0d5a2e1924e
- Ibáñez, P. & García, G. (2009). *Informática I*. Santa Fé: Cengage Learning.
- Igoe, J. & Speer, S. (1999). O enfermeiro comunitário nas escolas (M. Negrão, M. Santos, M. Fonseca, M. Guimarães, M. Tojal & M. Abecasis, trads.). In Stanhope, M. & Lancaster, J. (orgs.), *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4.^a edição) (pp. 963-993). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Censos 2011: Resultados preliminares 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 12 de Agosto de 2011 em http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html
- Janzyk, V. (2009, Fevereiro). Comment les médias façonnent les normes en matière de santé. *Education Santé*, 242. Acedido em 23 de Fevereiro de 2011 em <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1092>
- Jáuregui, I. (2008, Maio). Educación para la salud y educación nutricional: El papel de las nuevas tecnologías. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46 (3), 1-8. Acedido em 6 de Fevereiro de 2011 em <http://www.rieoei.org/deloslectores/2139Lobera.pdf>
- Jensen, B., (2002). Denmark: Health promoting schools model. In Jensen, B. & Somivska, V. (eds.), *Models of health promotion schools in Europe* (p. 21-29). Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/ModelsofhealthpromotingschoolsinEurope.pdf>
- Jensen, B. & Somivska, V. (2005). Action-oriented knowledge, information and communication technology and action competence: A young minds case study. In Clift, S. & Jensen. B. (eds.), *The health promotion school: International advances in theory, evaluation and practice* (pp. 309-328). Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Jensen, B. & Somivska, V. (eds.) (2002). *Models of health promotion schools in Europe*.

- Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/ModelsofhealthpromotingschoolsinEurope.pdf>
- Kahn, G. (1997). Digital interactive media and the health care balance power. In Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.), *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions* (pp. 187-208). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kanj, M. & Mitic, W. (2009). *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the eastern Mediterranean region*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- Karsenti, T., Komis, V. & Depover, C. (2009). Les nouveaux outils et les nouvelles pratiques de recherche issues des technologies de l’information et de la communication. In Depover, C. (dir.), *La recherche en technologie éducative : Un guide pour découvrir un domaine en émergence* (pp. 31-51). Paris: Éditions des Archives Contemporaines – Agence Universitaire de la Francophonie.
- Kelley, T. & Kellam, N. (2009, Primavera). A theoretical framework to guide the re-engineering of technology education. *Journal of Technology Education*, 20 (2), 37-49.
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. (eds.) (2008a). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. (2008b). Social capital and health: A decade of progress and beyond. In Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. (eds.), *Social capital and health* (pp. 1-26). New York: Springer.
- Ketikidis, P., Dimitrovski, T., Bath, P. & Lazuras, L. (2012, Junho). Acceptance of health information technology in health professionals: An application of the revised technology acceptance model. *Health Informatics Journal*, 18 (2), 124-134. Acedido em 28 de Dezembro de 2012 em http://refbase.city.academic.gr/files/ketikidis/2011/621_Ketikidis_etal2011.pdf
- Khvilon, E. & Patru, M. (coords.) (2002). *Information and communication technologies in teacher education: a planning guide*. Paris: UNESCO – Division of Higher Education.

- Kim, D., Subramanian, S. & Kawachi, I. (2006, Fevereiro). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (2), 116-122.
- King, D. & Eckstein, J. (2006). *Manual for school health programs*. Jefferson City: Missouri Department of Elementary and Secondary Education – Missouri Department of Health and Senior Services. Acedido em 6 de Junho de 2010 em <http://www.dhss.mo.gov/SchoolHealth/ManualForSchoolHealth.pdf>
- Kivits, J., Doullier, A. & Giraudo, S. (2008, Julho-Agosto). Médias et santé: Développer l'esprit critique. *La Santé de l'Homme*, 396, 13.
- Kittleson, M. (2009, Novembro-Dezembro). The future of technology in health education: Challenging the traditional delivery dogma. *American Journal of Health Education*, 40 (6), 310-316.
- Kittleson, M. (2003). The future of technology in health education: One person's vision. *Californian Journal of Health Promotion*, 1 (1), 113-122.
- Lal, M. (2005). *Essential of educational technology*. New Deli: Anmol Publications.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Canada: Minister of Supply and Services.
- Laperrière, A. (2003). A observação directa. In Gauthier, B. (dir.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.^a edição) (N. Salgueiro & R. Salgueiro, trads.) (pp. 257-278). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000)
- Laverack, G., Munodawafa, D., Aggrawal, S., Chatterjee, M., Thakur, M. & Srivastava, B. (2009). *Community empowerment: Whit case studies from the south-east Asia region*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track2_Inner.pdf
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, trads.). Porto Alegre: Editora UFMG / ArtMed. (Original publicado em 1997)
- Leger, L., Young, I., Blanchard, C. & Perry, M. (2010). *Promoting health in schools: From evidence to action*. Saint Denis Cedex: International Union for Health Promotion and

- Education. Acedido em 19 de Maio de 2010 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PHiSFromEvidenceToAction_WEB.pdf
- Lewis, K. & Bear, B. (2002). *Manual of school health* (2.^a edição). St. Louis: Saunders.
- Lima, L. (2003). Formação e aprendizagem ao longo da vida: Entre a mão direita e a esquerda de Miró. In Quintanilha, A., Costa, A., Fortuna, C., Sampaio, D., Grilo, E., Velho, G. *et al.*, *Cruzamento de saberes aprendizagens sustentáveis* (pp. 129-148). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. New York: Cambridge University Press.
- Lin, N. (1999). Building a network theory of social capital. *Connections*, 22 (1), 28-51.
- Lin, V., Fawkes, S., Lee, T., Engelhardt, K. & Mercado, S. (2009a). *Building capacity: Trough “reflective learning-action systems” (release) towards high performing health promotion systems*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track5_Inner.pdf
- Lin, V., Pettersson, B., Brink, E., David, A. & Agarwal, S. (2009b). *A primer for mainstreaming health promotion*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Primer_Inner.pdf
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- López, I. & Villafañe, C. (2010, Novembro – 2011, Janeiro). La integración de las TIC al currículo: Propuesta práctica. *Razón y Palabra*, 74. Acedido em 21 de Setembro de 2012 em <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N74/VARIA74/54LopezV74.pdf>
- Lucio-Villegas, E. (2007). Construir uma argamassa contra-hegemónica: Reflexões sobre educação e desenvolvimento. *Revista Lusófona de Educação*, 9, 35-49.
- Lucio-Villegas, E. (2005). *Cuestiones sobre educación de personas adultas*. Sevilla: Tabulador Gráfico.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (2009). *Internet, salud y sociedad: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya*. Tesis Doctoral, Programa de Doctorado sobre la Sociedad de la Información y el Conocimiento, Internet Interdisciplinary

- Institute, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona. Acedido em 20 de Janeiro de 2011 em http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UOC/AVAILABLE/TDX-0528109-092039/tesis_flupianez_21_11_08.pdf
- Luppigini, R. (2005). A systems definition of educational technology in society. *Educational Technology & Society*, 8 (3), 103- 109.
- Manning, T. (1997). Interactive environments to promoting health. In Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.), *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions* (pp. 67-77). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marcondes, W. (2005, Setembro). *Multiculturalidade, autonomia e participação popular na promoção da saúde*. V Colóquio Internacional Paulo Freire, Recife, 1-11. Acedido em 25 de Maio de 2010 em http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/MULTICULTURALIDADE,%20AUTONOMIA%20E%20PARTICIPA%C3%87%C3%83O%20POPULAR%20NA%20PROMO%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Marquès, P. (2001). *La enseñanza. Buenas prácticas. La motivación*. Departamento de Pedagogía Aplicada, Facultad de Educación, UAB. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://peremarques.pangea.org/actodid.htm> (Última revisão: 07/08/2011)
- Marquès, P. (2000). *Impacto de las TIC en educación: Funciones y limitaciones*. Departamento de Pedagogía Aplicada, Facultad de Educación, UAB. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://peremarques.pangea.org/siyedu.htm> (Última revisão: 07/08/2011)
- Marquès, P. (1999). *La tecnología educativa: Conceptualización, líneas de investigación*. Departamento de Pedagogía Aplicada, Facultad de Educación, UAB. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://www.pangea.org/peremarques/tec.htm> (Última revisão: 24/01/2011)
- Martínez, F. (2007). La sociedad de la información: La tecnología desde el campo de estudios CTS. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 1-11). Madrid: McGraw-Hill.

- Martins, M. (2009, Março). *Enfermagem: Do passado ao futuro*. Conferência de abertura do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.
- Martins, M. (2008). *Familia y educación sexual de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito de norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tesis Doctoral, Programa de Doctorado en Actualización en Atención Sociosanitaria, Universidad de Extremadura, Cáceres.
- Martins, M. (2005). A promoção da saúde: Percursos e paradigma. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. Acedido a 2 de Dezembro de 2009 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>
- Más, M. & Quesada, J. (dirs.) (2005). *Las nuevas tecnologías y el crecimiento económico en España*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Massachusetts Department of Public Health [MDPH] (2007). *Comprehensive School Health Manual* (2.ª edição). Boston: Massachusetts Department of Public Health. Acedido a 5 de Junho de 2010 em http://www.maclearinghouse.com/SchoolHealthManualSite/schoolhealthmanual/PDF/Program/SHM_Binder.pdf
- McKenzie, K. & Harpham, T. (2006). Meanings and uses of social capital in the mental health field. In McKenzie, K. & Harpham, T. (eds.), *Social capital and mental health* (11-23). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Medical Officers of Schools Association [MOSA] (1998). *Handbook of school health* (18.ª edição). Staffordshire: Trentham Books.
- Meireles, A. (2008). Alma-Ata e Ottawa – As conferências de entre as conferências... *Portal da Saúde Pública*. Acedido a 2 de Novembro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm
- Mejía, G. (1993). *Tecnología educativa para la promoción de la salud: Planificación del componente educativo*. San José: CCSS – Caja Costarricense del Seguro Social.
- Mejía, G. (1991). *Tecnología educativa para la promoción de la salud: Métodos, técnicas y medios audiovisuales*. San José: CCSS – Caja Costarricense del Seguro Social.

- Merriam, S. (2002). Basic interpretative qualitative research. In Merriam, S. & associates, *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis* (37-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ministério da Educação [ME] (2011). *Caderneta do aluno: 3.º ciclo*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Educação [ME] (2007). Despacho n.º 2506/2007 – Adopção de medidas que visam a promoção da saúde da população escolar e nomeação em cada agrupamento escola do coordenador da educação para a saúde. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 36, 4427.
- Ministério da Educação [ME] (2005a). Despacho n.º 25 995/2005 – Aprovação do modelo de educação para a promoção da saúde em meio escolar. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 240, 17515-17516.
- Ministério da Educação [ME] (2005b). Despacho n.º 19 737/2005 – Criação do grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 176, 13348.
- Ministério da Educação e Ciência [MEC] (2012). Decreto-Lei n.º 139/2012 – Estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão dos currículos, da avaliação dos conhecimentos e capacidades a adquirir e a desenvolver pelos alunos dos ensinos básico e secundário. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 129, 3476-3491.
- Ministério da Saúde [MS] (2009a). Decreto-Lei n.º 102/2009 – Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 90, 2812-2813.
- Ministério da Saúde [MS] (2009b). Decreto-Lei n.º 81/2009 – Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 65, 2058-2062.
- Ministério da Saúde [MS] (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço

- Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 38, 1182-1189.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2012). *Plano nacional de saúde 2012/2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Outubro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2004a). *Plano nacional de saúde 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde [MS-DGS] (2004b). *Plano nacional de saúde 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministérios da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 – Regulamentação da Lei n.º 60/2009: Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 69, 1170-(2)-1170-(4).
- Miranda, E. (1998). Innovaciones en tecnología educativa. *Anales de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 59 (3). Acedido em 27 de Maio de 2010 em http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59_n3/teeducativa.htm
- Miranda, G. (2007, Maio-Agosto). Limites e possibilidades das TIC na educação. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*, 3, 41-50.
- Miranda, P. (1992). La educación para la salud en el desarrollo comunitario. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 7, 129-136.
- Monken, M. (2003). *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde*. Tese de Doutoramento, Curso de Doutoramento em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Acedido em 15 de Janeiro de 2011 em <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/monkenmd.pdf>
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Morse, J. (ed.) (2007). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (A. Espada, trad.). Coimbra: Formasau. (Original publicado em 1994)
- Mottet, G. (1983). La technologie éducative. *Revue Française de Pédagogie*, 63 (1), 7-12.

- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Murero, M. & Rice, R. (2006a). E-health research. In Murero, M. & Rice, R. (eds.), *The Internet and health care: Theory, research and practice* (pp. 3-26). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Murero, M. & Rice, R. (eds.) (2006b). *The Internet and health care: Theory, research and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nunes, E. (2002). Saúde no local de trabalho. In Silva, L. (org.), *Promoção da saúde* (207-225). Lisboa: Universidade Aberta.
- O'Shanahan, J. (2006, Junho). Salud y educación en África. *Revista Radio y Educación*, 57, 66-84.
- Ochoa, L. (2009, Janeiro-Junho). Las nuevas tecnologías y la educación en salud: Un gran desafío para la Medicina. *Medicina UPB*, 28, (1), 73-80. Acedido em 22 de Fevereiro de 2011 em http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/203/pdf_4
- Oliveira, S. (1999). *Sociologia das organizações: Uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo*. São Paulo: Editora Pioneira.
- Ollivier, B. & Thibault, F. (2004). Technologies, éducation et formation. *Hermès*, 38, 191-196.
- Ordem dos Enfermeiros (2012, Janeiro). *Dados estatísticos: 2000-2011*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Saúde21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS* (S. Abecasis, trad.). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1998)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). *As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos* (A. Faria, trad.). Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Estudos e Planeamento. (Original publicado em 1985)
- Osborne, H. (2011). *Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message* (2.^a edição). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Parker, J. & Thorson, E. (eds.) (2009). *Health communication in the new media landscape*. New York: Springer Publisher Company.
- Parrilla, E. (2005, Setembro). La educación en valores: educación para la salud. *Investigación*

- y *Educación*, 18, 1-16. Acedido em 15 de Fevereiro de 2011 em http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_sevilla/archivos/revistaense/n18/valores_salud.pdf
- Patton, M. (2002). *Qualitative research: Evaluation methods* (3.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Percy, M., Mortenson, J., Labuski, C., Lipani, M., Anderson, A., Boski, E. *et al.* (eds.) (2009). *Texas guide to school health programs*. Austin: Texas Department of State Health Services – Child Health and Safety Branch: School Health Program. Acedido em 6 de Junho de 2010 em <http://www.dshs.state.tx.us/schoolhealth/pgtoc.shtm>
- Pereira, D. (1995). Tecnologia educativa e formação de professores. In Carvalho, A. (org.), *Novas metodologias em educação* (pp. 57-100). Porto: Porto Editora.
- Pérez, I. (2006, Setembro-Dezembro). Una experiencia de innovación en educación para la salud a través de las nuevas tecnologías. *Revista de Educación*, 341, 917-932.
- Pérez, J. & Varis, T. (2010). *Media literacy and new humanism*. Moscow: UNESCO Institute for Information Technologies in Education.
- Pérez, J., Paredes, O., Baena, G., Giraldo, S., Tejedor, S. & Fernández, N. (2010). Trends and models of media literacy in Europe: Between digital competence and critical understanding. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, 40, 85-100.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (2.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, P. & Kwan, S. (2010). The 7th WHO Global Conference on Health Promotion – towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health*, 27 (1), 129–136. Acedido em 3 de Julho de 2010 em <http://www.whocollab.od.mah.se/exp/7th%20GCHP%20Oral%20health%20promotion%20CDH%202010%20Suppl%201.pdf>
- Petit, F. & Dubois, M. (2000). *Introdução à psicossociologia das organizações* (M. Oliveira, trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1998)
- Pinto, M. (1995). O currículo escolar e os *media*. In Carvalho, A. (org.), *Novas metodologias em educação* (pp. 101-134). Porto: Porto Editora.
- Piper, S. (2008, Fevereiro). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28 (2),

186-193.

- Pommier, J., Jourdan, D., Berger, D., Vandoorne, C., Piorecka, B. & Carvalho, G. (2009, Agosto). School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries. *The European Journal of Public Health Advance Access*, 1-7. Acedido em 12 de Junho de 2010 <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/24550/1/ELE%20MIL-ECO%20A-9732.pdf>
- Ponte, J. & Serrazina, L. (1998). *As novas tecnologias na formação inicial de professores*. Lisboa: Ministério da Educação – Departamento de Avaliação Prospectiva e Planeamento.
- Portes, A. (1998, Agosto). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Porto Editora (org.) (2010). *Dicionário da Língua Portuguesa 2011*. Porto: Porto Editora.
- Postic, M. & De Ketele, J. (1988). *Observer les situations éducatives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Prazeres, V. (2002). Saúde dos adolescentes. In Silva, L. (org.), *Promoção da saúde* (pp. 117-140). Lisboa: Universidade Aberta.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). *Normas para a elaboração de teses de Doutoramento (Aplicáveis às dissertações de Mestrado)* (Versão v.4). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria.
- Putnam, R. (1995, Janeiro). Bowling alone: America's declining social capital. *Jornal of Democracy*, 6 (1), 65-78.
- QSR International (2008). *NVivo9: Getting started*. Doncaster: QSR International Pty Ltd. Acedido em 28 de Junho de 2011 em <http://www.qsrinternational.com/FileResourceHandler.ashx/RelatedDocuments/DocumentFile/289/NVivo8-Getting-Started-Guide.pdf>
- Quesada, R. & Hernando, M. (2007). Formación en promoción y educación para la salud. *Portal de Cursos Abiertos de la UNED*. Acedido em 22 de Agosto de 2009 em http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2.^a edição) (J. Marques, M. Mendes & M. Carvalho, trads.). Lisboa: Gradiva – Publicações. (Original publicado em 1995)

- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9.^a edição) (A. Santos, trad.). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2001)
- Rice, M. (2006). Nueva carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. *Boletín Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables*, 2 (6), 1.
- Rice, R. (2001). The Internet and health communication: A framework of expriences. In Rice, R. & Katz, J. (eds.), *The Internet and health communication: Experiences and expectations* (pp. 5-46). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rice, R. & Katz, J. (eds.) (2001). *The Internet and health communication: Experiences and expectations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Richardson, R., Peres, J., Correia, L., Peres, M. & Wanderley, J. (1989). *Pesquisa social: Métodos e técnicas* (2.^a edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Ritz, J. (2009, Primavera). A new generation of goals for technology education. *Journal of Technology Education*, 20 (2), 50-64.
- Robinson, M. & Robertson, S. (2010, Setembro). Young men's health promotion and new information communication technologies: Illuminating the issues and research agendas. *Health Promotion International*, 25 (3), 363-370.
- Rodrigues, M. (2002). *Sociologia das profissões* (2.^a edição). Oeiras: Celta Editora.
- Rodríguez, J. (2007). Como as comunidades virtuais de prática e de aprendizagem podem transformar a nossa concepção de educação. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*, 3, 117-124.
- Rodríguez, R. (2000, Novembro). La Informática Educativa en el Contexto Actual. *Edutec – Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 13. Acedido em 8 de Março de 2009 em <http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec13/Rlamas.html>
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5.^a edição). New York: Free Press.
- Sagna, O. (2001, Janeiro). *Les technologies de l'information et de la communication et le développement social au Sénégal: Un état des lieux*. Geneva: Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD). Acedido em 12 de Fevereiro de 2011 em [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/BA28329C8E73447D80256B5E0037AB04/\\$file/sagna.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/BA28329C8E73447D80256B5E0037AB04/$file/sagna.pdf)
- Sainsaulieu, R. (2001). *Sociologia da empresa: Organização cultura e desenvolvimento* (A.

- Silva, trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1997)
- Salinas, J. (2007). Fuentes de fundamentación de la tecnología educativa. In Cabero, J. (coord.), *Tecnología educativa* (pp. 29-45). Madrid: McGraw-Hill.
- Salmon, C. & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. In Thompson, T., Dorsey, A., Miller, K. & Parrott, R. (eds.), *Handbook of health communication* (pp. 449-472). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Santos, Z. & Lima, H. (2008, Janeiro-Março). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 17 (1), 90-97.
- Sapag, J. & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 139-49.
- Schwab, N. & Gelfman, M. (eds.) (2005). *Legal issues in school health services: A resource for school administrators, school attorneys, school nurses*. Lincoln: iUniverse.
- Sebastian, J. & Stanhope, M. (1999). Enfermeiro gestor e consultor em saúde comunitária (M. Negrão, M. Santos, M. Fonseca, M. Guimarães, M. Tojal & M. Abecasis, trads.). In Stanhope, M. & Lancaster, J. (orgs.), *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4.^a edição) (pp. 931-962). Loures: Lusociência.
- Sícoli, J. & Nascimento, P. (2003). Promoção de saúde: Concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7 (12), 91-112.
- Silva, B. (2000). O contributo das TIC e da Internet para a flexibilidade curricular: A convergência da educação presencial e à distância. In Pacheco, J., Morgado, J. & Viana, I. (orgs.), *Políticas curriculares: Caminhos da flexibilização e integração – Actas do IV Colóquio sobre Questões Curriculares* (pp. 277-298). Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Centro de Estudos em Educação e Psicologia – Universidade do Minho.
- Silva, C. (2003). *ABC do SPSS for Windows: Introdução ao tratamento de dados em ciências sociais*. Monsaraz: Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz (ADIM).
- Silva, E., Silva, P., Venceslau, P., Santos, P., Azevedo, A. & Freitas, C. (2011). Capital social y la promoción de hábitos saludables en el medio rural y urbano brasileño. *Revista Sustentabilidades*, 5. Acedido em 29 de Outubro de 2011 em <http://www.sustentabilidades.org/revista/publicacion-05-2011/capital-social-y-la-promocion-de->

habitos-saludables-en-el-medio-rural-y-urbano-brasileño

- Silva, L. (2002a). Saúde e bem-estar. In Silva, L. (org.), *Promoção da saúde* (13-68). Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, L. (2002b). Intervenção comunitária em saúde. In Silva, L. (org.), *Promoção da saúde* (271-303). Lisboa: Universidade Aberta.
- Soares, M. (2004). Internet e saúde: Possibilidades e limitações. *TEXTOS de la CiberSociedad*, 4. Acedido em 21 de Dezembro de 2010 em <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=51>
- Solar, O., Valentine, N., Rice, M. & Albrecht, D. (2009). *Moving forward to equity in health: Partnership and intersectoral action*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track4_Inner.pdf
- Souza, E. & Grundy, E. (2004, Setembro-Outubro). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: Inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1354-1360.
- Stake, R. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso* (A. Chaves, trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1995)
- Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.) (1997). *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Street Jr., R. & Rimal, R. (1997). Health promotion and interactive technology: A conceptual foundation. In Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.), *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions* (pp. 1-18). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2.^a edição) (A. Santos, trad.). Loures: Lusociência. (original publicado em 1999)
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Teodoro, A. (1999). *A construção social das políticas educativas: Estado, educação e*

mudança social no Portugal contemporâneo. Tese de Doutoramento, Curso de Doutoramento em Ciências da Educação, na especialização de Educação e Desenvolvimento, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.

Thompson, T. (2003). Introduction. In Thompson, T., Dorsey, A., Miller, K. & Parrott, R. (eds.), *Handbook of health communication* (pp. 1-5). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Thompson, T., Dorsey, A., Miller, K. & Parrott, R. (eds.) (2003). *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Tones, K. (2005). Health promotion in schools: The radical imperative. In Clift, S. & Jensen. B. (eds.), *The health promotion school: International advances in theory, evaluation and practice* (pp. 23-40). Copenhagen: Danish University of Education Press.

Toro, G. (1997, Dezembro). *Ambientes interactivos para la educación en salud: Inicio de una experiencia*. Santiago de Cáli – Chile: Taller Internacional de Software Educativo – TISE'97. Acedido em 25 de Janeiro de 2011 em <http://www.c5.cl/tise97/trabajos/trabajo16/index.htm>

Tuckman, B. (2002). *Manual de investigação em educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (2.^a edição) (A. Rodrigues-Lopes, trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1994)

Turkle, S. (1997). *A vida no ecrã: A identidade na era da internet* (P. Faria, trad.). Lisboa: Relógio d'Água Editores. (Original publicado em 1995)

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2005). *Towards knowledge societies*. Paris: UNESCO Publishing.

Urzúa, R., Puellas, M. & Torreblanca, J. (1995). La educación como factor de desarrollo. V *Conferencia Iberoamericana de Educación*. Acedido em 21 de Agosto de 2009 em <http://www.oei.es/vciedoc.htm>

Vala, J. (1999). A análise de conteúdo. In Silva, A. & Pinto, J. (orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (10.^a edição) (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Valverde, J. (2002). Formación del profesorado para el uso educativo de las tecnologías de la información y la comunicación. *RELATEC: Revista Latinoamericana de Tecnología*

- Educativa*, 1 (2), 9-28. Acedido em 26 de Março de 2009 em [http://campusvirtual.unex.es/caladeitio/index.php?journal=relatec&page=article&op=view&path\[\]=8&path\[\]=5](http://campusvirtual.unex.es/caladeitio/index.php?journal=relatec&page=article&op=view&path[]=8&path[]=5)
- Vega, F. (2005). La educación para la salud como base del desarrollo. *UITA – Secretaría Regional Latinoamericana*. Acedido em 21 de Agosto de 2009 em http://www.rel-uita.org/salud/educacion_para_salud.htm
- Welsh, J. & Berry, H. (2009). *Social capital and mental health and well-being*. HILDA Survey Research Conference 2009, Melbourne Institute – The Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey, The University of Melbourne, Melbourne, 1-31. Acedido em 29 de Outubro de 2011 em http://melbourneinstitute.com/downloads/hilda/Bibliography/2009_papers/Welsh,%20Jennifer_paper.pdf
- Wenglinsky, H. (2005). *Using technology wisely: The keys to success in schools*. New York: Teachers College Press.
- Whitley, R. (2008). Social capital and public health: Qualitative and ethnographic approaches. In Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. (eds.), *Social capital and health* (pp. 95-116). New York: Springer.
- Williams, M., Paprock, K. & Covington, B. (1999). *Distance learning: The essential guide*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Willis, J. (2008). *Qualitative research methods in education and educational technology*. Charlotte: IAP – Information Age Publishing.
- Wold, S. (2005). School health services: History and trends. In Schwab, N. & Gelfman, M. (eds.), *Legal issues in school health services: A resource for school administrators, school attorneys, school nurses* (pp. 7-54). Lincoln: iUniverse.
- Wolf, M. (1987). *Teorias da comunicação* (5.^a edição). Lisboa: Editorial Presença.
- World Health Organization [WHO] (2009a). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva: Health Promotion: World Health Organization. Acedido em 21 de Maio de 2010 em <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2009b). *Nairobi call to action*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 21 de Maio de 2010 em <http://www.ngos4healthpromotion.net/files/Call2Action.pdf>
- Wright, K. (2009). Increasing computer-mediated social support. In Parker, J. & Thorson, E.

- (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 243-265). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Yadav, N. (2003). *A handbook of educational technology*. New Deli: Anmol Publications.
- Yamazaki, S. & Savage, E. (1998, Inverno-Primavera). Views of technology education in Canada and the United Kingdom. *The Journal of Technology Studies*, 14 (1), 31-37. Acedido em 10 de Novembro de 2010 em <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JOTS/Winter-Spring-1998/PDF/yamazaki.pdf>
- Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods* (3.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Young, I. (2005). Health promotion in schools: A historical perspective. *Promotion & Education*, XII (3-4), 111-117.
- Young, I. (2002). *Conference report: Education & health in partnership – a European conference on linking education with the promotion of health in schools*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2009 em <http://test.cp.euro.who.int/document/E78991.pdf>
- Zarcadoolas, C. & Pleasant, A. (2009). Health literacy in the digital world. In Parker, J. & Thorson, E. (eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 303-322). New York: Springer Publisher Company, LLC.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ziglio, E. (coord.) (2009). *Health-promoting health systems: Imperatives for action*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track3_Inner.pdf

Bibliografia de referência das diferentes áreas abordadas

Capital social e saúde

- Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4, 5611. Acedido em 29 de Outubro de 2011 em <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5611/7006>
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. (eds.) (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. New York: Cambridge University Press.
- McKenzie, K. & Harpham, T. (eds.) (2006). *Social capital and mental health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sapag, J. & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 139-49.

Comunicação em saúde

- Corcoran, N. (ed.) (2007). *Communicating health: Strategies for health promotion*. London: Sage Publications.
- Espanha, R. (2009). *Saúde e comunicação numa sociedade em rede: O caso português*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições.
- Murero, M. & Rice, R. (eds.) (2006). *The Internet and health care: Theory, research and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parker, J. & Thorson, E. (eds.) (2009). *Health communication in the new media landscape*. New York: Springer Publisher Company.
- Rice, R. & Katz, J. (eds.) (2001). *The Internet and health communication: Experiences and expectations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Thompson, T., Dorsey, A., Miller, K. & Parrott, R. (eds.) (2003). *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Educação

Canário, R. (org.) (2003). *Formação e situações de trabalho* (2.^a edição). Porto: Porto Editora.

Carré, P. & Caspar, P. (dir.) (2001). *Tratado das ciências e das técnicas da formação* (P. Seixas, trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1999)

Carvalho, A. (org.) (1995). *Novas metodologias em educação*. Porto: Porto Editora.

Quintanilha, A., Costa, A., Fortuna, C., Sampaio, D., Grilo, E., Velho, G. *et al.* (2003). *Cruzamento de saberes: Aprendizagens sustentáveis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wittrock, M. (ed.) (1986). *Handbook of research on teaching*. New York: MacMillan.

Woodward, J. & Cuban, L. (eds.) (2001). *Technology, curriculum, and professional development: Adapting schools to meet the needs of students with disabilities*. Thousand Oaks: Corwin Press.

Educação para a saúde

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Centre de Ressources du CRAES-CRIPS Aquitaine (2010, Março). *Adolescents, numérique et éducation pour la santé: Bibliographie sélective – ouvrages, articles, sites, guides et outils*. Aquitaine – Gironde: CRAES-CRIPS Aquitaine. Acedido em 22 de Março de 2011 em http://www.educationsante-aquitaine.fr/pub/prod_doc/76_bibliographie_complte.pdf

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2003). *Formación en promoción y educación para la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Costa, M. & López, E. (2008). *Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gilbert, G., Sawyer, R. & McNeill, E. (2011). *Health education: Creating strategies for school and community health* (3.^a edição). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9.^a edição) (A. Santos, trad.). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2001)
- Vega, F. (2005). La educación para la salud como base del desarrollo. *UITA – Secretaría Regional Latinoamericana*. Acedido em 21 de Agosto de 2009 em http://www.rel-uita.org/salud/educacion_para_salud.htm

Investigação

- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2.^a edição). Braga: Psiquilíbrios.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds.) (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (A. Parreira, trad.). Lisboa: Monitor – Projectos e Edições. (Original publicado em 2002)
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, trad.). Loures: Lusodidacta. (Original publicado em 2006)
- Gauthier, B. (dir.) (2003). *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3.^a edição) (N. Salgueiro & R. Salgueiro, trad.). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000)
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Morse, J. (ed.) (2007). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (A. Espada, trad.). Coimbra: Formasau. (Original publicado em 1994)
- Patton, M. (2002). *Qualitative research: Evaluation methods* (3.^a edição). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A*

complementaridade do SPSS (2.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Tuckman, B. (2002). *Manual de investigação em educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (2.^a edição) (A. Rodrigues-Lopes, trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1994)

Willis, J. (2008). *Qualitative research methods in education and educational technology*. Charlotte: IAP – Information Age Publishing.

Legislação

Assembleia da República (2009). Lei n.º 60/2009 – Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 151, 5097-5098.

Ministério da Educação (2007). Despacho n.º 2506/2007 – Adopção de medidas que visam a promoção da saúde da população escolar e nomeação em cada agrupamento escola do coordenador da educação para a saúde. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 36, 4427.

Ministério da Educação (2005). Despacho n.º 25 995/2005 – Aprovação do modelo de educação para a promoção da saúde em meio escolar. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 240, 17515-17516.

Ministério da Educação e Ciência (2012). Decreto-Lei nº 139/2012 – Estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão dos currículos, da avaliação dos conhecimentos e capacidades a adquirir e a desenvolver pelos alunos dos ensinos básico e secundário. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 129, 3476-3491.

Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 81/2009 – Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 65, 2058-2062.

Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 38, 1182-1189.

Ministérios da Saúde e da Educação (2010). Portaria n.º 196-A/2010 – Regulamentação da Lei n.º 60/2009: Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 69, 1170-(2)-1170-(4).

Literacia digital

- Bergsma, L. & Carney, M. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review. *Health Education Research*, 23 (3), 522-542. Acedido em 8 de Março de 2011 em <http://her.oxfordjournals.org/content/23/3/522.full.pdf+html>
- Pérez, J. & Varis, T. (2010). *Media literacy and new humanism*. Moscow: UNESCO Institute for Information Technologies in Education.
- Pérez, J., Paredes, O, Baena, G., Giraldo, S., Tejedor, S. & Fernández, N. (2010). Trends and models of media literacy in Europe: Between digital competence and critical understanding. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, 40, 85-100.

Literacia em saúde

- Kanj, M. & Mitic, W. (2009). *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the eastern Mediterranean region*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- Osborne, H. (2011). *Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message* (2.^a edição). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Promoção da saúde

- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health promotion: Planning and strategies* (2.^a edição). London: Sage Publications.
- Lin, V., Pettersson, B., Brink, E., David, A. & Agarwal, S. (2009). *A primer for mainstreaming health promotion*. 7.th Global Conference for Health Promotion. Nairobi: Republic of Kenya – World Health Organization. Acedido em 19 de Março de 2010 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Primer_Inner.pdf
- Sardinha, L., Matos, M. & Loureiro, I. (eds.) (1999). *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz

Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Sícoli, J. & Nascimento, P. (2003). Promoção de saúde: Concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7 (12), 91-112.

Silva, L. (org.) (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (orgs.) (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4.^a edição). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Street Jr., R., Gold, W. & Manning, T. (eds.) (1997). *Health promotion and interactive technology: Theoretical applications and future directions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

World Health Organization (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva: Health Promotion: World Health Organization. Acedido em 21 de Maio de 2010 em <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>

Saúde escolar

Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B., Paulus, P., Rivett, D. *et al.* (2006). *Health-promoting schools: A resource for developing indicators*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/Healthpromotingschoolsaresourcefordevelopingindicators.pdf>

Clift, S. & Jensen, B. (eds.) (2005). *The health promotion school: International advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press.

Jensen, B. & Somivska, V. (eds.) (2002). *Models of health promotion schools in Europe*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Acedido em 15 de Maio de 2010 em <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/ModelsofhealthpromotingschoolsinEurope.pdf>

King, D. & Eckstein, J. (2006). *Manual for school health programs*. Jefferson City: Missouri Department of Elementary and Secondary Education – Missouri Department of Health and Senior Services. Acedido em 6 de Junho de 2010 em <http://www.dhss.mo.gov/SchoolHealth/ManualForSchoolHealth.pdf>

- Leger, L., Young, I., Blanchard, C. & Perry, M. (2010). *Promoting health in schools: From evidence to action*. Saint Denis Cedex: International Union for Health Promotion and Education. Acedido em 19 de Maio de 2010 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PHiSFromEvidenceToAction_WEB.pdf
- Lewis, K. & Bear, B. (2002). *Manual of school health* (2.^a edição). St. Louis: Saunders.
- Medical Officers of Schools Association (1998). *Handbook of school health* (18.^a edição). Staffordshire: Trentham Books.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Percy, M., Mortenson, J., Labuski, C., Lipani, M., Anderson, A., Boski, E. *et al.* (eds.) (2009). *Texas guide to school health programs*. Austin: Texas Department of State Health Services – Child Health and Safety Branch: School Health Program. Acedido em 6 de Junho de 2010 em <http://www.dshs.state.tx.us/schoolhealth/pgtoc.shtm>
- Schwab, N. & Gelfman, M. (eds.) (2005). *Legal issues in school health services: A resource for school administrators, school attorneys, school nurses*. Lincoln: iUniverse.

Sociologia

- Carmo, H. (coord.) (2001). *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castells, M. (2002). *A sociedade em rede* (A. Lemos, C. Lorga & T. Soares, trads.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1996)
- Correia, J. (1996). *Sociologia da educação tecnológica: Transformações do trabalho e da formação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (2.^a edição) (M. Figueiredo, C. Silva & V. Gil, trads.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1997)
- Kazancigil, A & Makinson, D. (2001). *Les sciences sociales dans le monde* (dir.) (R. Tallaron, M. Swyer & M. Laroche, trads.). Paris : UNESCO / Maison des Sciences de l'Homme. (Original publicado em 1999)

Tecnologia educativa

- Area, M. (2009). *Introducción a la tecnología educativa*. San Cristóbal de La Laguna:

- Universidad de La Laguna. Acedido em 26 de Março de 2009 em <http://webpages.ull.es/users/manarea/ebookte.pdf>
- Azinian, H. (2009). *Las tecnologías de la información y la comunicación en las prácticas pedagógicas: Manual para organizar proyectos*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Barron, A., Orwig, G., Ivers, K. & Lilavois, N. (2002). *Technologies for education: A practical guide* (4.^a edição). Greenwood Village: Libraries Unlimited.
- Cabero, J. (coord.) (2007). *Tecnología educativa*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cuban, L. (2001). *Oversold and underused: Computers in the classroom*. Cambridge: Harvard University Press.
- Damásio, M. (2007). *Tecnologia e educação: As tecnologias da informação e da comunicação e o processo educativo*. Lisboa: Nova Veja.
- de Vries, M. & Mottier, I. (eds.) (2006). *International handbook of technology education: Reviewing the past twenty years*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Depover, C. (dir.) (2009). *La recherche en technologie éducative: Un guide pour découvrir un domaine en émergence*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines – Agence Universitaire de la Francophonie.
- Hackbarth, S. (1996). *The educational technology handbook: A comprehensive guide – Process and products for learning*. Englewood Cliffs: Educational Technology Publications.
- Khvilon, E. & Patru, M. (coords.) (2002). *Information and communication technologies in teacher education: a planning guide*. Paris: UNESCO – Division of Higher Education.
- Lal, M. (2005). *Essential of educational technology*. New Deli: Anmol Publications.
- Wenglinsky, H. (2005). *Using technology wisely: The keys to success in schools*. New York: Teachers College Press.
- Yadav, N. (2003). *A handbook of educational technology*. New Deli: Anmol Publications.

Índice remissivo

A

Abordagem sistémica 95, 226
Acesso à informação 20, 84, 109, 178, 201, 205, 252-253, 372, 375
Agrupamento de centros de saúde 43-46, 191, 193, 271, 376
Alfa de Cronbach 313
Ambiente de aprendizagem 63, 92, 97, 101
Amostragem 46-48, 191-192, 194-195, 370
Análise de conteúdo 41, 52-53, 370
Análise de dados 51-54, 106, 370
Análise estatística 41, 53, 370
Aprendizagem ao longo da vida 20, 76-77, 96, 98, 105, 114, 122-124
Atualização 20, 94, 103, 105, 253, 263, 294, 363, 380-381
Audiovisual 67, 70, 178, 245, 250-252, 317, 379-380
Autorização 43, 46, 51, 195

B

Bem-estar 27, 118, 127-128, 130-134, 141-142, 149-150, 164-165, 171-172, 219

C

Capacitação 66, 96-97, 128-129, 149-154, 164-166, 170-171, 297-298, 302-303, 378
Capital social 34, 183-188, 297, 303, 365, 378
Capital social e saúde 34-35, 183, 186-188, 297, 303, 365, 378
Carta de Banguécoque 155, 159-160, 162
Carta de Ottawa 32, 138, 145, 149-150, 153, 158, 160-161
Comportamentos de risco 33, 132, 160, 171, 182, 224, 233, 372, 374
Comportamentos saudáveis 31, 109, 128, 164, 177-178, 186-187, 212, 296, 304
Comunicação em saúde 111-112, 172, 176, 181, 215, 242, 374
Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários 32, 147
Conferência internacional sobre promoção da saúde 33, 39, 138, 147-155, 158, 161-162, 229, 268
Confidencialidade 46, 50, 56

Constrangimentos 38, 64-70, 110, 327, 339, 347-348, 369, 380
Construção do conhecimento 30, 66, 96-97, 103, 243, 318, 337
Construtivismo 90-91, 108, 121
Contexto de aprendizagem 95, 122-123, 244, 262, 348
Contexto educativo 29, 78-79, 96, 161, 239-240, 261-262, 324, 374
Consumos nocivos 135, 160, 233, 374
Cuidados de saúde primários 21, 44-45, 148, 150, 163-164, 381

D

Declaração de Adelaide 150, 158, 161
Declaração de Alma-Ata 32, 147-148, 150, 159, 161, 168
Declaração de Jacarta 153, 159, 162
Declaração de Sundsvall 152, 158, 160
Declaração do México 154, 159
Desenvolvimento comunitário 125-126, 128-129, 188
Desenvolvimento sustentado 117, 120-122, 152, 168, 269-270, 292, 363
Desigualdade 27, 73-74, 92, 104, 119, 148-155, 166-168, 185, 297
Determinantes da saúde 118, 135, 153, 155-157, 165, 232
Didática 29, 31, 65, 78-81, 98, 100-101, 103
Digitalização 59, 82, 93, 297, 363
Docente coordenador da educação para a saúde 47-48, 136, 190, 194-195, 370

E

Educação 68, 71-78
Educação para a saúde 119-126, 128-129, 143, 212-213, 372-373
Educação sexual 181, 238, 291, 374, 379
Empoderamento 30, 107, 140-141, 164-165, 170-174, 182-183, 229, 265-269, 383
Entrevista 41, 46-51, 53-55, 370-371
Entrevista de grupo 41, 46-50, 53, 55, 191, 370
Equidade 81, 112-114, 130, 148-150, 152-154, 158-159, 163-168, 271, 338, 376

Equipa de saúde escolar 134-137, 191, 194, 370

Escala de Likert 51-52, 313, 379

Escolas promotoras da saúde 137-143, 162, 216

Estilos de vida saudáveis 32-33, 128, 149, 160-161, 212, 224, 233, 372-374

Estudo exploratório 41, 370

Estudo transversal 41, 370

F

Formação cívica 29, 239-240, 374, 383

G

Ganhos em saúde 153, 303-304, 317-318, 325, 364, 371, 384

Guião da entrevista 50, 270

H

Hipótese 37-39, 371, 383

I

Impactos 91, 170, 292, 349, 369-371, 378

Informantes privilegiados 35

Informática 82, 87, 98-99, 115, 178, 251, 375

Iniquidade 99, 110, 163, 168

Interatividade 60-61, 95-96, 115, 215, 251-252, 302, 339

Internet 71, 82, 88, 98, 109, 112, 172, 178, 302, 375, 382

L

Literacia 85-86, 164, 297

Literacia digital 81, 85-88, 93, 97-98, 171-172, 260-262, 302, 324-325, 375

Literacia em saúde 115, 172, 182, 296-297, 302, 318-319, 324-325, 378

M

Matriz de codificação global 53-54

Matriz de síntese 54, 230, 293, 366

Media 29, 97, 99, 107, 111, 113-115, 170-177, 242, 297-299, 317

Meios auxiliares de ensino 94, 252, 381

Meios de comunicação 58, 77, 84, 92, 99, 126, 171, 326

Metodologia qualitativa 41-42, 47, 52-53, 188, 370

Modelo de aceitação da tecnologia 229, 292, 364, 377, 381

Modelo mediático de comunicação em saúde 33, 39, 109-110, 242, 374

Mudança de atitudes 153, 168, 173, 212, 304-305

Multimédia 29, 65, 86, 250-252, 375, 382

N

Nairobi (Chamada para a ação) 22, 33, 39, 162-166, 168, 268

Notas de campo 35, 47

NVivo 53, 364, 370

O

Objetivos de investigação 35-36, 370-371, 383

Organização Mundial de Saúde 32, 118, 121, 138, 140, 146-147, 155-157, 163-164

P

Participação comunitária 32, 164

Plano Nacional de Saúde 21, 146, 157, 159, 292

Potencialidades 64-70, 95, 101-102, 109-110, 326-328, 336-337, 378, 380

Problema de investigação 25-27

Processo educativo 63, 85, 104, 128, 228, 337, 347

Produtividade 64, 76, 78, 89, 295

Programa Nacional de Saúde Escolar 21, 135, 146, 156-162, 212, 236-238, 292, 360, 373, 382

Promoção da saúde 30-32, 117-120, 125-129, 236-238, 290-292, 295-298, 302-304, 372-374, 381-383

Q

Qualidade de vida 33, 115, 121-124, 147-148, 163-168, 198-199, 215-216, 292, 317-319, 338, 379

Questionário 41, 46-47, 51, 53, 55, 195, 370-371

Questões de investigação 36-37, 370

R

Recolha de dados 42-43, 46, 54-56, 191, 195, 370

Recursos humanos e materiais 71, 94, 96, 105, 136,

347

Recursos tecnológicos 30, 33, 52, 62-64, 94, 104, 200, 250-254, 262, 263, 337-339, 371-372, 379-380

Rede de capital social 34, 185

Reforma dos cuidados de saúde primários 45, 291, 376-377

Relatório Lalonde 118, 138, 146

Responsabilização 33, 81, 128, 168, 174, 180, 212, 125, 244, 378

Revolução da informação 58, 82, 108

Unidade de saúde pública 44, 193

Unidade local de saúde 35, 43-46, 191-193, 271, 370, 376, 381

V

Validação 55-56, 370

S

Saúde 117-120, 127-129, 147-148, 167, 369

Saúde escolar 32-33, 130-134, 141, 144-145, 168, 219-220, 372

Saúde pública 33-34, 117, 149, 188, 271, 376-377

Sistemas de simulação 70, 95, 104-106

Sistemas tutoriais 105-106

Sociedade da informação e do conhecimento 28, 70, 81-82, 85-87, 90, 109, 114-115, 243, 254, 327

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 53, 370

T

Técnica complementar 41, 46-47, 370

Técnica nuclear 41, 46-47, 54, 56, 370

Tecnologia educativa 30, 58, 61-64, 71-72, 89-90, 92, 102, 111-113, 174, 203-205, 268-269, 371-373

Tecnologias da informação e da comunicação 19-20, 59-61, 112-113, 176, 203-204, 220, 259, 368

Telecomunicações 69, 81-82, 251-252, 375

Teoria da difusão de inovações 33-34, 39, 228

Terreno de pesquisa 35, 42-46, 191, 370

Triangulação 47, 55-56, 370

U

Unidade de apoio à gestão 45

Unidade de cuidados de saúde personalizados 44-45

Unidade de cuidados na comunidade 44-46, 190-191, 193, 376, 381

Unidade de recursos assistenciais partilhados 45, 193

Unidade de saúde familiar 44-45, 136

Apêndices

Apêndice I – Autorização para trabalho de campo: Unidade Local de Saúde

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Assunto: Tese de Doutoramento – Trabalho de Campo

António José Reis do Arco, doutorando em Educação na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, em Lisboa, encontrando-se a desenvolver a sua Tese de Doutoramento, orientada pelo Professor Doutor Manuel José Damásio (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Comunicação, Arquitetura, Artes e Tecnologias da Informação) e pela Professora Doutora Maria Filomena Martins (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para realizar trabalho de campo na organização a que superiormente preside.

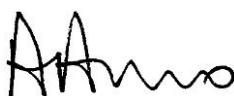
Tratando-se de um projeto de investigação em que se visa estudar as formas de utilização da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, e que impactos produzem no empoderamento dos indivíduos e da comunidade em que se inserem, pretende-se efetuar entrevistas de grupo sobre esta temática, às equipas de saúde escolar constituídas em diversas Unidades de Cuidados na Comunidade, integradas na Unidade Local de Saúde (remete-se em anexo o Esboço do Projeto de Investigação e o Guião da Entrevista).

Garante-se desde já que os dados recolhidos no decurso desta investigação serão estritamente confidenciais, e em caso algum serão divulgados a terceiros com a menção da identidade dos profissionais entrevistados ou das equipas de saúde escolar nas quais se integram, utilizando-se um sistema de codificação adequado para assegurar esta condição.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Exa. puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos.

Portalegre, 31 de Outubro de 2011



(António José Reis do Arco)

Apêndice II – Autorização para trabalho de campo: Conselho Executivo dos agrupamentos / escolas

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho Executivo

Agrupamento de Escolas / Escola [REDACTED]

Assunto: Tese de Doutoramento – Trabalho de Campo

António José Reis do Arco, doutorando em Educação na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, em Lisboa, encontrando-se a desenvolver a sua Tese de Doutoramento, orientada pelo Professor Doutor Manuel José Damásio (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Comunicação, Arquitetura, Artes e Tecnologias da Informação) e pela Professora Doutora Maria Filomena Martins (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para realizar trabalho de campo na organização a que superiormente preside.

Tratando-se de um projeto de investigação em que se visa estudar as formas de utilização da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, e que impactos produzem no empoderamento dos indivíduos e da comunidade em que se inserem, pretende-se efetuar uma entrevista individual sobre esta temática, ao docente coordenador da educação para a saúde do Agrupamento / Escola, e a aplicação de questionários, também sobre esta temática, a duas turmas do 9.º ano de escolaridade, indicadas pelo docente já citado (remete-se em anexo o Guião da Entrevista e o Questionário).

Garante-se desde já que os dados recolhidos no decurso desta investigação serão estritamente confidenciais, e em caso algum serão divulgados a terceiros com a menção da identidade do docente entrevistado ou das turmas às quais se aplique o questionário, utilizando-se um sistema de codificação adequado para assegurar esta condição.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Exa. puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos.

Portalegre, 2 de Novembro de 2011



(António José Reis do Arco)

Apêndice III – Definição da amostra: Equipas de saúde escolar

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Equipas de saúde escolar

Etapa 1 – População residente afeta a cada UCC da ULS

ACES A – UCC	População Residente	ACES B – UCC	População Residente
UCC A1	5,83%	UCC B1	5,48%
UCC A2	6,20%	UCC B2	7,39%
UCC A3	6,18%	UCC B3	19,41%
UCC A4	17,52%	UCC B4	11,00%
UCC A5	20,99%		
Total	56,72%	Total	43,28%

(Fonte: adaptado de INE, 2011)

Etapa 2 – Estratificação (intervalos de 5,00% de população residente)

Estratos	UCC	ACES
25,00% – 20,00%	A5	A
20,00% – 15,00%	B3	B
	A4	A
15,00% – 10,00%	B4	B
10,00% – 5,00%	B2	B
	A2	A
	A3	A
	A1	A
	B1	B
5,00% – 0,00%	–	–

Etapa 3 – Amostragem por estratos (% de população residente / UCC)

Estratos	UCC	ACES
25,00% – 20,00%	1	1
20,00% – 15,00%	2	1
15,00% – 10,00%	1	1
10,00% – 5,00%	5	3
5,00% – 0,00%	0	0

Etapa 3.1 – Amostragem por estratos (UCC / ACES)

ACES	UCC	Amostra
A	5	3
B	4	3

Etapa 4 – Estabelecimento da amostra

- Estrato 25,00% – 20,00% de população residente (1 UCC):
 - Seleção:
 - UCC A5 – ACES A (seleção automática visto ser a única UCC presente neste estrato).
- Estrato 20,00% – 15,00% de população residente (1 UCC):
 - Seleção:
 - UCC B3 – ACES B (seleção automática visando a manutenção do equilíbrio entre o ACES A e o ACES B relativamente à percentagem de população residente).
 - Exclusão:
 - UCC A4 – ACES A (exclusão automática visando a manutenção do equilíbrio entre o ACES A e o ACES B relativamente à percentagem de população residente).
- Estrato 15,00% – 10,00% de população residente (1 UCC):

- Seleção: UCC B4 – ACES B (seleção automática visto ser a única UCC presente neste estrato).
- Estrato 10,00% – 5,00% de população residente (3 UCC):
 - Seleção: UCC A1 e UCC A2 – ACES A / UCC B2 – ACES B (seleção aleatória de 2 UCC do ACES A e de 1 UCC do ACES B visando manter o equilíbrio relativamente ao número de UCC seleccionadas de cada ACES).
 - Exclusão: UCC A3 – ACES A / UCC B1 – ACES B (exclusão aleatória de 1 UCC do ACES A e de 1 UCC do ACES B visando manter o equilíbrio equitativo relativamente ao número de UCC seleccionadas de cada ACES).
- Estrato 5,00% – 0,00% de população residente.

CONCLUSÃO

Definição da amostra aleatória estratificada

(Fortin *et al.*, 2006/2009, Hill & Hill, 2002; Laville & Dionne, 1997/1999)

UCC	ACES
A1	A
A2	
A5	
B1 ⁹⁹	B
B2	
B3	

⁹⁹ Pelo facto da UCC B4, seleccionada para a amostra, se encontrar em fase de reestruturação organizacional e funcional no período em que se procedeu à recolha de dados, condição que obstava à operacionalidade da equipa de saúde escolar que se lhe encontra afeta, foi substituída pela UCC B1, pertencente ao mesmo ACES.

Apêndice IV – Guião da entrevista: Equipas de saúde escolar

GUIÃO DA ENTREVISTA

Equipas de saúde escolar

Temas	Questões	Questões Secundárias
Dimensão 1 Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde Objetivo 1 Identificar as conceções das equipas de saúde escolar sobre a aplicação da tecnologia educativa em intervenções no âmbito da educação para a saúde	Questão 1 Que importância atribuem à tecnologia educativa como meio de transmissão de informação?	Questão 1.1 Que é para vós a tecnologia educativa?
		Questão 1.2 Como entendem a utilidade da tecnologia educativa enquanto recurso de acesso à informação?
	Questão 2 Que perceção têm da tecnologia educativa enquanto instrumento de educação para a saúde?	Questão 2.1 Que é para vós a educação para a saúde?
		Questão 2.2 Como encaram a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?
	Questão 3 Que perceção têm relativamente à aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 3.1 Que é para vós a saúde escolar?
		Questão 3.2 Como concebem a utilização da tecnologia educativa em atividades de saúde escolar?
	Questão 4 Como caracterizam a integração da tecnologia educativa no âmbito da promoção da saúde?	Questão 4.1 Que perspetiva têm da associação entre tecnologia educativa e promoção da saúde?
		Questão 4.2 Como percecionam a incorporação da tecnologia educativa em atividades de promoção da saúde?
Dimensão 2 Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde	Questão 5 Em que áreas de intervenção da saúde escolar consideram ser mais relevante a utilização da tecnologia	Questão 5.1 Quais dos domínios estratégicos de ação da saúde escolar são passíveis de abordar com recurso à

Objetivo 2 Caracterizar a utilização da tecnologia educativa em atividades de educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, como recurso comunicacional inovador	educativa?	tecnologia educativa?
		Questão 5.2 Quais dos atuais processos de educação para a saúde serão mais favorecidos pela aplicação da tecnologia educativa?
	Questão 6 Como utilizam a tecnologia educativa nas atividades de educação para a saúde que desenvolvem?	Questão 6.1 Que processos empregam para adequar as intervenções em que aplicam tecnologia educativa às necessidades do público-alvo?
		Questão 6.2 Que estratégias selecionam para reforçar a eficácia das mensagens transmitidas com recurso à tecnologia educativa?
	Questão 7 Que competências consideram ser importantes deter para a utilização da tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 7.1 Que aptidões e atitudes consideram essenciais para uma adequada aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?
		Questão 7.2 Quais os campos do saber mais relevantes para permitir uma adequada utilização da tecnologia educativa na saúde escolar?
	Questão 8 Que transformações advêm da aplicação da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde?	Questão 8.1 Qual a importância da tecnologia educativa no empoderamento individual e comunitário ao nível da educação para a saúde?
		Questão 8.2 Como qualificam as mudanças que a tecnologia educativa introduz nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde?
Dimensão 3 Consequências da utilização da	Questão 9 Quais os contributos da tecnologia	Questão 9.1 Como é que a tecnologia educativa

<p>tecnologia educativa na educação para a saúde</p> <p>Objetivo 3</p> <p>Descrever as potencialidades e constrangimentos da aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde, ao nível das organizações de ensino e das equipas de saúde escolar</p>	educativa para o incremento da capacitação para a promoção da saúde da comunidade escolar?	permite melhorar as competências individuais e coletivas em saúde da comunidade escolar?
		<p>Questão 9.2</p> <p>Quais os fatores e determinantes que influenciam a saúde da comunidade escolar em que pode a tecnologia educativa interferir?</p>
	<p>Questão 10</p> <p>Que avaliação fazem dos resultados obtidos em atividades de educação para a saúde desenvolvidas com recurso à tecnologia educativa?</p>	<p>Questão 10.1</p> <p>Como confirmam a atratividade e eficácia dos recursos de tecnologia educativa aplicados nos diferentes públicos-alvo?</p>
		<p>Questão 10.2</p> <p>Quais as formas de apreciação da satisfação do público-alvo quanto ao recurso de tecnologia educativa utilizado?</p>
	<p>Questão 11</p> <p>Que influência atribuem à tecnologia educativa na definição do papel atual das equipas de saúde escolar?</p>	<p>Questão 11.1</p> <p>Quais os desafios que a tecnologia educativa coloca às equipas de saúde escolar ao nível da promoção da saúde?</p>
		<p>Questão 11.2</p> <p>Como pode a tecnologia educativa modificar as intervenções das equipas de saúde escolar face às atuais mudanças sociais?</p>
	<p>Questão 12</p> <p>Que vantagens e dificuldades identificam relativamente à aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>	<p>Questão 12.1</p> <p>Quais são os aspetos positivos de maior realce considerando a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>
		<p>Questão 12.2</p> <p>Quais são os aspetos negativos de maior realce considerando a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>

	Questão 13 Que medidas consideram poderem contribuir para consolidar e expandir a utilização da tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 13.1 Como perspectivam ser possível com a tecnologia educativa aperfeiçoar e difundir as intervenções de saúde escolar desenvolvidas?
		Questão 13.2 Que sugestões apresentam visando melhorar e incrementar a aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?
Dimensão 4 Dados biográficos Objetivo 4 Caracterização dos entrevistados	Questão 14 Dados biográficos: <ul style="list-style-type: none">• Idade;• Sexo;• Habilitações académicas;• Categoria profissional;• Tempo de serviço.	

Apêndice V – Guião da entrevista: Docentes coordenadores da educação para a saúde dos agrupamentos / escolas

GUIÃO DA ENTREVISTA

Docentes coordenadores da educação para a saúde dos agrupamentos / escolas

Temas	Questões	Questões Secundárias
Dimensão 1 Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na saúde escolar Objetivo 1 Identificar as conceções dos professores sobre a aplicação da tecnologia educativa em intervenções no âmbito da educação para a saúde	Questão 1 Que importância atribui à tecnologia educativa como meio de transmissão de informação?	Questão 1.1 Que é para si a tecnologia educativa?
		Questão 1.2 Como entende a utilidade da tecnologia educativa enquanto recurso de acesso à informação?
	Questão 2 Que perceção tem da tecnologia educativa enquanto instrumento de educação para a saúde?	Questão 2.1 Que é para si a educação para a saúde?
		Questão 2.2 Como encara a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?
	Questão 3 Que perceção tem relativamente à aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 3.1 Que é para si a saúde escolar?
		Questão 3.2 Como concebe a utilização da tecnologia educativa em atividades de saúde escolar?
	Questão 4 Como caracteriza a integração da tecnologia educativa no âmbito da promoção da saúde?	Questão 4.1 Que perspetiva tem da associação entre tecnologia educativa e promoção da saúde?
		Questão 4.2 Como perceciona a incorporação da tecnologia educativa em atividades de promoção da saúde?
Dimensão 2 Utilização inovadora da tecnologia educativa na saúde escolar	Questão 5 Em que áreas de intervenção da saúde escolar considera ser mais relevante a utilização da tecnologia	Questão 5.1 Quais dos domínios estratégicos de ação da saúde escolar são passíveis de abordar com recurso à

Objetivo 2 Caracterizar a utilização da tecnologia educativa em atividades de educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, como recurso comunicacional inovador	educativa?	tecnologia educativa?
		Questão 5.2 Quais dos atuais processos de educação para a saúde serão mais favorecidos pela aplicação da tecnologia educativa?
	Questão 6 Como utilizam as equipas de saúde escolar a tecnologia educativa nas atividades de educação para a saúde que desenvolvem?	Questão 6.1 Que processos empregam para adequar as intervenções em que aplicam tecnologia educativa às necessidades do público-alvo?
		Questão 6.2 Que estratégias selecionam para reforçar a eficácia das mensagens transmitidas com recurso à tecnologia educativa?
	Questão 7 Que competências considera ser importante as equipas de saúde deter para utilizarem a tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 7.1 Que aptidões e atitudes considera essenciais para uma adequada aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?
		Questão 7.2 Quais os campos do saber mais relevantes para permitir uma adequada utilização da tecnologia educativa na saúde escolar?
	Questão 8 Que transformações advêm da aplicação da tecnologia educativa nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde?	Questão 8.1 Qual a importância da tecnologia educativa no empoderamento individual e comunitário ao nível da educação para a saúde?
		Questão 8.2 Como qualifica as mudanças que a tecnologia educativa introduz nas atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde?
Dimensão 3 Consequências da utilização da	Questão 9 Quais os contributos da tecnologia	Questão 9.1 Como é que a tecnologia educativa

<p>tecnologia educativa na saúde escolar</p> <p>Objetivo 3</p> <p>Verificar os impactos resultantes da utilização da Tecnologia Educativa na Educação para a Saúde, ao nível dos indivíduos e das organizações envolvidas</p>	educativa para o incremento da capacitação para a promoção da saúde da comunidade escolar?	permite melhorar as competências individuais e coletivas em saúde da comunidade escolar?
		<p>Questão 9.2</p> <p>Quais os fatores e determinantes que influenciam a saúde da comunidade escolar em que pode a tecnologia educativa interferir?</p>
	<p>Questão 10</p> <p>Que apreciação faz dos resultados obtidos em atividades de educação para a saúde desenvolvidas com recurso à tecnologia educativa?</p>	<p>Questão 10.1</p> <p>Como perspetiva a atratividade e eficácia dos recursos de tecnologia educativa aplicados nos diferentes públicos-alvo?</p>
		<p>Questão 10.2</p> <p>Qual a satisfação demonstrada pelo público-alvo relativamente aos recursos de tecnologia educativa utilizados?</p>
	<p>Questão 11</p> <p>Que influência atribui à tecnologia educativa na definição do papel desenvolvido atualmente pelas equipas de saúde escolar?</p>	<p>Questão 11.1</p> <p>Quais os desafios que a tecnologia educativa coloca às equipas de saúde escolar ao nível da promoção da saúde?</p>
		<p>Questão 11.2</p> <p>Como pode a tecnologia educativa modificar as intervenções das equipas de saúde escolar face às atuais mudanças sociais?</p>
	<p>Questão 12</p> <p>Que potencialidades e constrangimentos identifica relativamente à aplicação da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>	<p>Questão 12.1</p> <p>Quais são os aspetos positivos de maior realce considerando a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>
		<p>Questão 12.2</p> <p>Quais são os aspetos negativos de maior realce considerando a utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde?</p>

	Questão 13 Que medidas considera poderem contribuir para consolidar e expandir a utilização da tecnologia educativa na saúde escolar?	Questão 13.1 Como perspectiva ser possível com a tecnologia educativa aperfeiçoar e difundir as intervenções de saúde escolar desenvolvidas?
		Questão 13.2 Que sugestões apresenta visando melhorar e incrementar a aplicação da tecnologia educativa na saúde escolar?
Dimensão 4 Dados biográficos Objetivo 4 Caracterização dos entrevistados	Questão 14 Dados biográficos: <ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Sexo; • Habilitações académicas; • Categoria profissional; • Tempo de serviço. 	

Apêndice VI – Questionário: Alunos do 9.º ano de escolaridade

QUESTIONÁRIO

Alunos do 9.º ano de escolaridade

Introdução

Este questionário enquadra-se no âmbito da investigação desenvolvida no doutoramento em Educação, a decorrer na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Lisboa, que tem como tema “**Um Enlace Estratégico na Educação para a Saúde: Tecnologia Educativa e Saúde Escolar**”.

Os dados recolhidos serão totalmente confidenciais e em caso algum divulgados identificando os participantes no estudo. Na sua análise, como garantia de confidencialidade, será utilizado um sistema de codificação, restrito ao autor do estudo.

A tua colaboração é fundamental, pelo que se pede que respondas às questões apresentadas de forma adequada.

Agradecendo desde já a tua participação.

O Doutorando



(António Reis do Arco)

Identificação

Escola		
Idade	Anos	
Sexo	Masculino	
	Feminino	

1 – Assinala com um **X** as áreas de promoção da saúde abordadas nos últimos 3 anos letivos em atividades no âmbito da saúde escolar, nas quais foram utilizadas **TIC** (Tecnologias de Informação e de Comunicação).

Saúde mental	
Saúde oral	
Alimentação saudável	
Atividade física	
Ambiente e saúde	
Promoção da segurança e prevenção de acidentes	
Educação sexual e reprodutiva	
Educação para o consumo	
Consumo de tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos	
Consumo de substâncias ilícitas (drogas) e toxicodependência	
Doenças transmissíveis (Infecções Sexualmente Transmissíveis: SIDA, etc.)	
Violência em meio escolar (<i>bullying</i> e comportamentos autodestrutivos)	
Outras (indica abaixo quais)	

2 – Assinala com um **X** as **TIC** (Tecnologias de Informação e de Comunicação) utilizadas nos últimos 3 anos letivos em atividades no âmbito da saúde escolar.

Apresentação multimédia (<i>PowerPoint®</i> , etc.)	
Vídeo	
Diaporama (imagens / fotografias / ilustrações + som / música / voz)	
CD-ROM / DVD interativo	
Página de Internet	
Outras (indica abaixo quais)	

3 – Responde às seguintes questões sobre a aplicação das **TIC** (Tecnologias de Informação e de Comunicação) nas atividades de saúde escolar em que participaste nos últimos 3 anos letivos, assinalando com um **X** à frente de cada frase, no quadro que corresponde à opinião que melhor expressa o nível da tua concordância com a questão colocada.

Questões	Opinião				
	Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Considero importante a utilização de TIC nas atividades desenvolvidas ao nível da saúde escolar.					
2. Compreendo melhor as mensagens sobre promoção da saúde quando são utilizadas TIC na sua divulgação.					
3. A aplicação das TIC na saúde escolar facilita o acesso à informação para obtenção de conhecimentos sobre saúde.					
4. Os conhecimentos que adquiero através das TIC utilizadas na saúde escolar permitem-me adotar comportamentos mais saudáveis.					
5. Os conhecimentos facultados pelas TIC na saúde escolar estão relacionados com as minhas necessidades de informação sobre saúde.					
6. A utilização das TIC na saúde escolar melhora o meu interesse em obter informação sobre saúde.					
7. O acesso a informação sobre saúde disponibilizado através das TIC permite aprofundar conhecimentos sobre as temáticas abordadas.					
8. A informação facultada através das TIC utilizadas na saúde escolar é útil para esclarecer as minhas dúvidas.					
9. Quando obtenho a informação sobre saúde que necessito através de um recurso de TIC utilizo-o de novo se precisar de mais informação.					
10. A utilização das TIC na saúde escolar contribui para me alertar relativamente a comportamentos de risco em saúde					
11. As temáticas de saúde abordadas na saúde escolar através das TIC são apresentadas de forma atrativa.					
12. As equipas de saúde escolar aplicam as TIC de forma a facilitar a compreensão dos temas de saúde que abordam.					

4 – Assinala com um **X** as áreas de promoção da saúde que gostarias de ver abordadas em atividades no âmbito da saúde escolar, com utilização das **TIC** (Tecnologias de Informação e de Comunicação).

Saúde mental	
Saúde oral	
Alimentação saudável	
Atividade física	
Ambiente e saúde	
Promoção da segurança e prevenção de acidentes	
Educação sexual e reprodutiva	
Educação para o consumo	
Consumo de tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos	
Consumo de substâncias ilícitas (drogas) e toxicodependência	
Doenças transmissíveis (Infecções Sexualmente Transmissíveis: SIDA, etc.)	
Violência em meio escolar (bullying e comportamentos autodestrutivos)	
Outras (indica abaixo quais)	

5 – Assinala com um **X** as **TIC** (Tecnologias de Informação e de Comunicação) gostarias de ver utilizadas em atividades no âmbito da saúde escolar.

Apresentação multimédia (<i>PowerPoint</i> [®] , etc.)	
Vídeo	
Diaporama (imagens / fotografias / ilustrações + som / música / voz)	
CD-ROM / DVD interativo	
Página de Internet	
Outras (indica abaixo quais)	

6 – Assinala com um **X** quem costuma abordar na escola temas relacionados com a saúde.

Técnicos de saúde (indica abaixo quais)	
Enfermeiro	
Assistente social	
Médico	
Psicólogo	
Nutricionista	
Fisioterapeuta	
Terapeuta da fala	
Outro técnico de saúde	
Professores (indica abaixo de que disciplinas)	
Língua Portuguesa	
Língua Estrangeira (Inglês / Espanhol / Francês / Outras)	
História	
Geografia	
Matemática	
Ciências Naturais	
Físico-Química	
Educação Visual	
Educação Artística (oferecida pela escola)	
Educação Tecnológica	
Educação Física	
Formação Cívica	
Educação Moral e Religiosa	
Outra disciplina	
Outras pessoas	

Apêndice VII – Matriz de codificação global das entrevistas

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL DAS ENTREVISTAS

**Equipas de saúde escolar / Docentes coordenadores
da educação para a saúde dos agrupamentos / escolas**

Temas	Categorias	Subcategorias
Conceções sobre a tecnologia educativa e sua aplicabilidade na educação para a saúde	VTE – Valoração da Tecnologia Educativa	
	RES – Recurso de Educação para a Saúde	
	ASE – Aplicação na Saúde Escolar	
	IPS – Integração na Promoção da Saúde	
Utilização inovadora da tecnologia educativa na educação para a saúde	AIR – Áreas de Intervenção Relevantes	
	USE – Utilização na Saúde Escolar	PAP – Processos Aplicados
		CMO – Competências Mobilizadas
	TRA – Transformações Resultantes da Aplicação	
	PPI – Processos e Políticas Institucionais	
Consequências da utilização da tecnologia educativa na educação para a saúde	ITE – Impacto da Tecnologia Educativa	CSA – Capacitação em Saúde
		RAT – Resultados das Atividades
	IPE – Influência no Papel das Equipas	
	PCU – Potencialidades e Constrangimentos na Utilização	PUT – Potencialidades na Utilização
		CUT – Constrangimentos na Utilização
	MCE – Medidas de Consolidação e Expansão	

Apêndice VIII – Dados: NVivo / SPSS (CD-ROM)

